

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1937

THÈSE

N°

388

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Roger PINOTEAU

Né le 2 avril 1910, à Reuilly (Indre)
Ancien externe des Hôpitaux de Paris
Ancien interne des Hospices de la Seine et de l'Institut du Cancer
de la Faculté de Médecine de Paris
Ancien moniteur de Physiologie à la Faculté de Médecine de Paris

LES EXPRESSIONS MORBIDES
DES ÉMOTIONS
DANS LA NEUROLOGIE ET DANS L'ART

Président : M. H. CLAUDE, Professeur

G. DOIN & C^{IE}

== ÉDITEURS ==

8, PLACE DE L'ODÉON, PARIS (VI^e)

1937

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1937

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Roger PINOTEAU

Né le 2 avril 1910, à Reuilly (Indre)

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

Ancien interne des Hospices de la Seine et de l'Institut du Cancer
de la Faculté de Médecine de Paris

Ancien moniteur de Physiologie à la Faculté de Médecine de Paris

LES EXPRESSIONS MORBIDES
DES ÉMOTIONS

DANS LA NEUROLOGIE ET DANS L'ART

Président : M. H. CLAUDE, Professeur

G. DOIN & C^{IE}

== ÉDITEURS ==

8, PLACE DE L'ODÉON, PARIS (VI^e)

1937

DOYEN... G. ROUSSY

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	R. DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générale	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FISSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGEANT.
Clinique de la tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Cardiologie clinique	LAUBRY.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE..... Pathologie chirurgicale.
 BARIÉTY..... Pathologie médicale.
 BÉNARD (H.) .. Pathologie médicale.
 BERNARD (E.). Pathologie médicale.
 BESANÇON (J.). Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 COSTE Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 FUNCK..... Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES.. Pathologie
 chirurgicale.
 DE GENNES... Pathologie médicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUÉJOUL .. Obstétrique.
 LAROCHE (G.).. Pathologie médicale.
 LELONG..... Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY.... Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
 MÉNÉGAUX... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET.... Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET.. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS.. Pathologie chirurgi-
 cale.
 PIÉDELIEVRE .. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD..... Ophtalmologie.
 RICHET Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÈNEQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIÈRE Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT.. Physiologie.
 GUÉNIOT..... Obstétrique.
 LARDENNOIS... Pathologie chirurgicale.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 PHILIBERT..... Bactériologie.
 VAUDESCAL Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE.		BASSET.	
AUBERTIN.		BROCQ.	
BRULÉ.		CADENAT.	
CHABROL.		GATELLIER.	
CHIRAY.		HEITZ-BOYER.	Clinique chirurgicale.
DONZELOT.		MOURE.	
DUVOIR.		QUENU.	
LIAN.		SCHWARTZ.	
VALLERY-RADOT		VELTER.	
(Pasteur).			
SÉZARY.			

MM.	
ÉCALLE.	
LE LORIER.	
LÉVY-SOLAL.	Clinique obstétricale.
METZGER.	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Éducation physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
PHILIBERT, agrégé	Microbiologie.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE

« Quae mihi haec otia fecit »

*Les pauvres mots humains sont impuis-
sants à dire tout ce que je lui dois.*

A MON PÈRE

En gage de ma vive affection.

A TOUS LES MIENS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR H. CLAUDE

Professeur de Psychiatrie à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin-chef de l'Asile Sainte-Anne
Membre de l'Académie de Médecine de Paris
Officier de la Légion d'honneur

*Qui a bien voulu nous accorder l'honneur
de présider cette thèse.
En hommage respectueux.*

A NOTRE MAÎTRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ J. LHERMITTE

Médecin-chef de l'Hospice Paul-Brousse
Directeur du Laboratoire Déjerine à la Faculté de Médecine de Paris
Chevalier de la Légion d'honneur

*Avoir été son interne sera l'honneur de
nos études médicales.*

*De son enseignement si captivant et si
fécond durant nos deux années d'internat
passées près de lui, de ses conseils au cours
de l'élaboration de ce travail, de sa cons-
tante et aimable sollicitude, nous voudrions
pouvoir lui exprimer ici l'hommage respec-
tueux de notre profonde reconnaissance.*

A NOTRE MAÎTRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR G. ROUSSY

Doyen de la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine
Professeur d'Anatomie pathologique à la Faculté de Médecine
Directeur de l'Institut du Cancer
Commandeur de la Légion d'honneur

*Dans l'entourage duquel nous avons eu
le privilège de pouvoir travailler pendant
notre internat.*

*En hommage de notre respectueuse admi-
ration.*

A NOTRE PREMIER MAÎTRE

MONSIEUR LE DOCTEUR A. TOURNAY

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Chevalier de la Légion d'honneur

*Notre première fortune ce fut son amitié.
Après nous avoir guidé quand nous étions
bien jeune, il fut, dès nos premiers pas dans
la vie médicale, le premier de nos maîtres.
Sans cesse sa bonté, ses conseils si lumi-
neux et si justes, sa présence, nous furent un
encouragement et une aide.*

Comment l'en remercier ?

*C'est un hommage bien modeste de notre
admiration quasi « filiale » pour sa haute
culture et son grand art de neurologiste, et
de notre inexprimable gratitude que nous
lui adressons au seuil d'une carrière qu'il a
façonnée.*

A NOTRE MAÎTRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ J. SÉNÈQUE

Chirurgien des Hôpitaux de Paris
Chevalier de la Légion d'honneur

*Qui nous a toujours réservé un accueil si
bienveillant qu'avec notre respectueuse admi-
ration nous lui exprimons ici notre très vive
gratitude.*

A NOTRE MAÎTRE

MONSIEUR LE DOCTEUR J. DE MASSARY

Ancien chef de Clinique à la Faculté de Médecine
Médecin de l'Hospice Paul-Brousse

*En souvenir de l'année d'internat que
nous avons passée près de lui, et dont son
aimable direction fit une de nos plus
agréables années d'études.*

*En hommage de respectueux attache-
ment.*

A NOTRE MAÎTRE

MONSIEUR LE DOCTEUR CARRELON

Chef des travaux de physiologie à la Faculté de Médecine de Paris
Chevalier de la Légion d'honneur

Qui nous voulut bien ouvrir ses laboratoires et dont il nous sera impossible d'oublier jamais le lumineux enseignement et la bonté si affable.

En témoignage de notre profond dévouement.

A NOS MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX :

Stage :

1930. MONSIEUR LE PROFESSEUR CUNÉO (Hôtel-Dieu).
1931. MONSIEUR LE PROFESSEUR CARNOT (Hôtel-Dieu).
1931. MONSIEUR LE PROFESSEUR LAUBRY (Broussais).

Externat :

1932. MONSIEUR LE DOCTEUR JACQUELIN (Bicêtre).
1933. MONSIEUR LE DOCTEUR MARQUEZY (Bastion 29).
1934. MONSIEUR LE DOCTEUR DAUSSET (Hôtel-Dieu)

(in memoriam)

Internal :

1934. MONSIEUR LE DOCTEUR M. RENAUD (Brévannes).
1935. MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LHERMITTE
(Paul-Brousse).
1936. MONSIEUR LE DOCTEUR DE MASSARY (Paul-
Brousse).

A MONSIEUR LE DOCTEUR ANDRÉ SICARD

Ancien interne, médaille d'or, des Hôpitaux de Paris
Chirurgien des Hôpitaux de Paris

*Auprès de qui nous avons trouvé, au cours
de nos études, le réconfort bien souvent, et
toujours la joie d'une si cordiale sympa-
thie.*

*Avec notre reconnaissance et notre sincère
attachement.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR R.-G. ALBESSAR

Assistant du Service de Neurologie de l'Hospice Paul-Brousse
Médaille de l'Assistance Publique

*Dont la camaraderie, non pas d'ancien,
mais d'un peu moins jeune, nous accueillit
au seuil de notre internat, et dont les con-
naissances étendues et les judicieux conseils
nous sont si souvent précieux.*

En gage de notre affectueuse amitié.

A NOS AUTRES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

MESSIEURS LES DOCTEURS CHEVALLEY, BASCH,
BOURGEOIS

Médecins des Hôpitaux de Paris

MONSIEUR LE DOCTEUR MOUZON

Médecin de l'Hospice Paul-Brousse

MONSIEUR LE DOCTEUR DARIAU

Chirurgien de l'Hospice Paul-Brousse

MONSIEUR LE DOCTEUR MÉTÉNIER

Médecin de l'Hospice Paul-Brousse

MONSIEUR LE DOCTEUR E. PEYRE

Chef de Laboratoire à l'Hospice Paul-Brousse

MONSIEUR LE DOCTEUR NEMOURS-AUGUSTE

Chef du Service de Radiologie de l'Hospice Paul-Brousse

A NOS CONFÉRENCIERS :

MESSIEURS LES DOCTEURS LENÈGRE,
POUMEAU-DELILLE, PERGOLA, MILLET

Chefs et anciens chefs de Clinique à la Faculté

MONSIEUR LE DOCTEUR M.-E. BERNARD

Chirurgien de l'Hôpital Saint-Joseph

A MES AMIS

A MESSIEURS LES DOCTEURS :

ANDRÉ FABRE

Docteur en Pharmacie. Ancien interne des Hôpitaux de Paris.
Assistant de Bactériologie à la Faculté de Médecine

GUY MONCORGÉ

Avocat à la Cour d'Appel de Paris
Secrétaire de la Conférence du stage des avocats de Paris

MAX VASSILKOWSKY

*Notre groupe fut trop uni tout au long de
notre vie d'étudiant, pour ne pas lui rap-
peler ici, mon durable attachement et ma
sincère amitié.*

A MONSIEUR JEAN BERNARD

Ingénieur de l'Ecole centrale des Arts et Manufactures

*Affectueux témoignage d'une amitié pro-
fonde.*

A MES COLLÈGUES ET AMIS
DES HOPITAUX DE PARIS
DE L'HOPITAL PAUL-BROUSSE
ET DE L'INSTITUT DU CANCER.

LES EXPRESSIONS MORBIDES DES ÉMOTIONS DANS LA NEUROLOGIE ET DANS L'ART

AVANT-PROPOS

Tout visiteur qui franchit le seuil d'un de ces hospices, où sont venus chercher asile la vieillesse et l'infirmité, est immédiatement frappé par la vision qui s'offre à lui, de visages grimaçants, surmontant un corps difforme ou mutilé, d'êtres tremblants aux visages inertes, et de rires qui n'en finissent pas.

C'est parmi ces musées de la déchéance humaine, que nous sommes allés chercher les sujets propres à servir à la description commentée de l'expression des émotions dans les maladies nerveuses.

Le Service de notre Maître, le Professeur LHERMITTE, dont nous avons l'honneur d'être l'interne, nous fournit nombre de cas pathologiques, sur lesquels il était curieux de détailler la mimique expressive et d'en rechercher les relations affectives.

Dans ce travail, nous fûmes guidé par M. LHERMITTE qui en avait conçu et l'idée et l'intérêt, et qui nous voulut bien ainsi accorder une nouvelle marque de son affectueuse sollicitude à notre endroit.

Aux remerciements que nous lui voulons formuler, nous tenons à ajouter ceux que nous adressons à

M. TOURNAY, dont les conseils dans cette thèse, comme durant toutes nos études, nous furent si précieux.

Au D^r BORD, directeur de la Revue *Æsculape*, qui mit si aimablement la collection de son journal à notre disposition, à M. le Commandant POMMÉ, Professeur de neuro-psychiatrie au Val-de-Grâce, qui voulut bien nous confier quelques idées personnelles, au D^r GARRELON, qui nous permit de réaliser certaines expérimentations sous sa direction, au D^r de MASSARY, qui nous voulut bien conseiller, à tous les auteurs, dont les travaux antérieurs avaient tant contribué à éclairer chaque point de cette étude, va notre gratitude.

INTRODUCTION

L'expression des émotions a très longtemps retenu l'attention des philosophes et des psychologues et, par la suite, celle des neurologistes.

Certains se sont posés la question de savoir, dans quelle mesure l'expression d'une émotion était en corrélation avec le sentiment qu'elle tendait à reproduire, et d'autres ont cherché à connaître laquelle, de l'expression organique ou de l'émotion sentimentale, entraînait l'autre. Ces derniers se sont livrés entre eux un combat fameux dans les annales de la psycho-physiologie, le combat des partisans de la thèse physiologiste et des défenseurs de la théorie intellectualiste de l'émotion.

Depuis quelques années, les données de la neuro-pathologie ont permis de placer ce débat sur un nouveau terrain et de chercher, par une analyse affective sur des sujets au masque pathologique, le rapport et l'influence mutuels du faciès et des sentiments.

Nous trouvant au milieu d'une mine riche de sujets de ce genre, nous avons cru intéressant d'apporter notre modeste contribution à l'étude de ce vaste problème de l'expression des émotions.

De l'expression des émotions, de nombreuses définitions ont été apportées, nous adopterons celle qu'en donne Georges DUMAS, qui range sous cette appellation « toutes les variations motrices et sécrétoires, toutes les

variations de couleur, de température, toutes les manifestations naturelles par lesquelles l'expression se révèle au dehors ».

Nous en distinguerons de suite la mimique qui n'en est que « l'imitation, la reproduction, le prolongement volontaire, rendu plus ou moins inconscient et automatique par l'habitude ».

N'ayant pas en vue la mimique ainsi définie, lorsque ce terme se trouvera dans notre exposé, il sera entièrement assimilé à l'expression des émotions, dont nous en ferons un synonyme par extension.

Quant à l'émotion elle-même, sa définition est bien difficile, tellement variées sont ses formes. Aussi distingue-t-on d'ordinaire plusieurs émotions, et avec LHERMITTE, nous adopterons la conception de DUMAS, qui différencie « l'émotion-choc, agissant par sa masse sur l'organisme tout entier, de l'émotion-sentiment, qui suit la première. Les deux processus s'identifient si peu, qu'ils reconnaissent chacun un mécanisme assez particulier ».

La distinction de ces deux mécanismes de l'émotion, qui cependant concourent normalement au même but, est beaucoup plus rationnelle que la classification des émotions par JAMES, en émotions physiques inférieures et émotions intellectuelles supérieures, comme si certains sentiments, par un privilège de naissance, appartenaient à la classe supérieure, cependant que d'autres, par nature, seraient relégués dans la classe inférieure. Mille exemples d'émotions esthétiques, nettement intellectuelles, déterminant une émotion-choc considérable se pourraient confronter avec d'aussi nombreux exemples d'émotions physiques à l'indiscutable comportement sentimental.

Nous envisagerons les émotions les plus typiques de

l'individu, celles qui toujours s'accompagnent d'une émotion-choc nettement perceptible, et à propos desquelles se pourra poser le problème de la dissociation éventuelle du sentiment et de son expression.

Parmi les diverses manifestations organiques de l'émotion, nous nous attacherons essentiellement à celles de la face, qui sont les plus facilement perceptibles et dont on a si souvent célébré la propriété de constituer le miroir de l'âme.

Et ainsi, nous essayerons de voir si GRATIOLET avait raison d'écrire que « notre visage exprime la joie et la douleur, le mépris et l'adoration, la cruauté et la compassion, le délire et la poésie, l'espérance et la frayeur, la volupté et la pudeur, tous les désirs et toutes les craintes, toute la vie multiforme qui se dégage à chaque instant de l'organe suprême, le cerveau ».

Et nous verrons si bien souvent, la maladie ne vient pas tendre un rideau opaque entre ce visage aux expressions diverses et le cerveau aux sentiments variés.

Nous comprendrons combien ESQUIROL avait raison de proclamer que l'étude du visage n'est pas objet de futile curiosité.

« Tout visage adulte, écrivait DUPRÉ, n'est que l'expression d'un long passé psychologique, et chacun de nous porte, écrite sur ses traits, l'histoire de sa personnalité mentale et organique antérieure. C'est à travers ce texte déjà si touffu qu'il faut savoir démêler les nouveaux caractères par lesquels la maladie actuelle déforme et surcharge les anciennes lignes. Comme autant d'obscurs grimoires à déchiffrer, tous les masques, normaux et pathologiques, résument en eux, l'histoire de leur psychologie ».

Cependant, nous limiterons notre étude aux faciès de la neurologie, sans entrer dans le domaine de la psy-

chiatric pure, car outre que le sujet serait immense et les résultats obtenus chez les aliénés trop variables pour être fixés en quelques types, les expressions neurologiques ont, sur les expressions des maladies mentales, l'avantage d'être produites par la maladie et explicables par le mécanisme de cette maladie.

Pour étudier l'expression des émotions, en nous plaçant sous l'angle de la pathologie, nous devons d'abord connaître l'expression normale, savoir comment elle se développe chez l'homme, quelles sont ses manifestations extérieures, sur le visage et sur l'organisme tout entier, quelles explications on en a successivement données jusqu'au jour, où fut confirmée l'hypothèse des centres expressifs.

Un court rappel des théories de LANGE-JAMES et de leurs contradicteurs intellectualistes sera nécessaire pour se remémorer l'intérêt de cette étude, en vue de conclusions philosophiques éventuelles.

Et dans une étude des expressions pathologiques, nous examinerons, à l'aide d'observations originales, l'aspect de ces diverses expressions et leurs relations avec l'émotion véritable.

Enfin, nous terminerons par un court aperçu de la pathologie des expressions dans l'art, nous efforçant de souligner quelques-uns des cas où des peintres et des sculpteurs ont pris pour modèles des sujets présentant une expression pathologique, image fallacieuse de l'émotion qu'ils voulaient reproduire.

PREMIÈRE PARTIE

LES EXPRESSIONS NORMALES
DES ÉMOTIONS

L'expression des émotions du nouveau-né à l'adulte.

L'émotion, tant dans son caractère psychologique que dans ses manifestations expressives, ne saurait être considérée comme un tout une fois défini et nettement déterminé.

S'il est vrai qu'à l'âge adulte, pour chaque type d'émotion, un processus sensiblement identique dans son ensemble et dans ses réactions organiques de détail peut être établi, au cours du développement de l'individu, l'émotion va s'exprimer de façons bien diverses, et l'on pourra dire que toute émotion a des réactions caractéristiques de l'âge auquel elle est étudiée.

La frayeur se traduira chez le nourrisson par une immobilité silencieuse et oppressive ; chez l'enfant : un cri, puis une course irraisonnée en seront les manifestations, cependant que l'adulte tremblant et la respiration haletante, se protégera par la fuite.

Ces réactions prises à chaque stade de la croissance, seront toujours sensiblement identiques.

En même temps que chaque émotion se compliquera progressivement avec l'âge, la gamme des émotions s'enrichira et les situations nouvelles auxquelles auront à faire face les individus en se développant, entraîneront

l'apparition successive des diverses émotions humaines.

A la première réaction émotive de l'être vivant, exprimée par une excitation diffuse des mouvements projetant les membres en tous sens, par des cris indistincts, par un rythme respiratoire instable, succédera bien vite après quelques semaines, la première des émotions en date dans le cycle ontogénique, la souffrance. Les mouvements des membres, perdant leur précédente violence désordonnée, deviendront saccadés, et plus symétriques, la respiration se fera rapide, entrecoupée de cri; les orbiculaires des paupières se contracteront, « l'enfant semblant alors intégrer toutes ses sensations dans la douleur ».

Quelques semaines plus tard, la joie apparaîtra. Les muscles sauront ébaucher des sourires, la bouche et les yeux restant ouverts sans action crispée; mais à la production de ce sourire, sera nécessaire une provocation, un appel causant un plaisir, la spontanéité du sourire n'étant pas encore réalisable. Le rire de l'enfant est alors une joie de plante s'épanouissant et s'ouvrant à la vie.

« De ces émotions, les premières à se manifester, DUMAS a pu dire que « dans leurs traits essentiels, elles ne sont pas apprises, et qu'elles s'expriment de façon si précoce chez l'enfant qu'elles peuvent être classées avec la colère, comme des réactions innées, du cerveau humain ».

Lorsqu'apparaîtra la colère, ce sera une expression plus systématisée. Le lancement des pieds, les gestes des bras, le pourpre au visage s'accompagneront de l'apparition de larmes.

Et ainsi lentement, chaque émotion apparaîtra, les expressions devenant plus précises, en même temps que plus nuancés, seront les sentiments.

A l'âge adulte, l'être humain sera en possession de la gamme complète et, à travers les nuances inévitables propres à chaque individu, se discernera la trame musculo-organique, commune à chaque type d'émotion.

L'expression émotive normale du visage.

C'est sur le visage que se traduira d'abord l'émotion, ou du moins c'est sur lui que la lecture sera la plus aisée et la plus habituelle.

L'action conjuguée des muscles de la face, des vaisseaux qui les irriguent et des nerfs qui les commandent, ne sera pas disparate ni désordonnée et chaque expression sera la réponse périphérique d'un des groupes musculaires si mobiles de la face, à une excitation dont la production normale ou artificielle sera étudiée plus loin.

L'observation de cette action musculo-nerveuse, nécessitera l'étude des changements subis par chacun des traits pris séparément.

On pourra ainsi constater que les expressions du visage seront graduées dans un ordre physiologique, en ce sens, qu'à des excitations plus complexes ou plus précises, correspondront des attitudes musculaires caractéristiques d'émotions différentes.

DUMAS a démontré qu'en augmentant le tonus musculaire du visage, on obtient l'apparition du sourire, qui constitue de cette façon la réaction la plus facile des muscles de la face à une excitation modérée. Il note que l'augmentation du tonus facial sous l'action du froid par exemple, provoque un rictus proche voisin du sourire.

« C'est le hasard de notre organisation physique qui

nous fait sourire avec nos zygomatiques et nos orbiculaires des paupières, ajoute-il. Nous souririons différemment si les muscles de notre visage étaient autrement associés, et si, d'aventure, les contractions qui s'exécutent dans la douleur eussent été les plus faciles des contractions du visage, ce seraient-elles, assurément, qui seraient le sourire humain. »

Dès ce court aperçu des réactions émotives périphériques, nous pouvons noter avec DUMAS, l'apparition spontanée d'une expression émotive sans aucun appel psychologique correspondant.

Quant à la traduction musculaire du sourire, elle se fera par l'intermédiaire des orbiculaires inférieurs qui se contractent légèrement, entraînant une élévation de la lèvre supérieure, par les grands zygomatiques dont la contraction élève les commissures labiales et les ramène en arrière, relevant les joues et creusant des plis sous les yeux.

Cette élévation des joues et de la lèvre supérieure, paraît raccourcir le nez et le couvrir de petites rides transverses, le sillon naso-génial est plus marqué, les ailes du nez se relèvent. Les sphincters palpébraux se contractent et le front se plisse.

Le même mécanisme en s'accroissant produira le rire, par l'action de nombreux muscles du visage, tels que le frontal, l'orbiculaire des paupières, les transverses du nez, l'élévateur de l'aile du nez et de la lèvre supérieure, les petits et grands zygomatiques.

Ce sera un processus plus complexe qui sera à la base de la manifestation de la douleur et de la production des larmes.

On observera en effet, une contraction des sourciliers dans un sens, cependant que les frontaux se contracteront dans un sens opposé. Les narines seront rétrécies,

les triangulaires des lèvres se contractant avec accentuation du sillon naso-génial.

Quant aux larmes, DUMAS fait observer qu'elles sont souvent la conséquence d'un processus physiologique, destiné à compenser une réaction motrice impossible à réaliser. On pleure au théâtre, dit-il, car il est impossible de traduire par des gestes, l'émotion que nous ressentons et les larmes sont une réaction sécrétoire substituée à la réaction motrice qui ne se produit pas.

DUMAS et les différents auteurs qui se sont attachés à cette question du mécanisme périphérique des émotions, insistent sur la graduation des sécrétions neuro-musculaires du visage, dont chaque degré correspond à une émotion, bien que pouvant être réalisé indépendamment d'elle, par des excitations diverses et psychologiques.

Nous avons connu un homme d'une quarantaine d'années, qui présentait en permanence sur son visage, l'expression d'un sourire de satisfaction, et même d'une joie parfaite. Autour de lui, chacun le considérait comme un individu jovial dont le voisinage était fort recherché. Or, les sentiments de cet homme n'intervenaient en aucune manière dans ce sourire, dont les seules causes, étaient la rétraction des commissures labiales et le rehaussement des joues.

Ayant exposé la véritable autonomie musculaire des expressions faciales en général, nous n'insisterons pas sur les détails des manifestations de chaque émotion sur le visage.

Les manifestations organiques communes aux émotions.

Aussi connues que les réactions faciales de l'émotion, ses manifestations organiques ont été souvent décrites.

Chacun d'ailleurs a pu les constater et les analyser par expérience personnelle sur lui-même, ou sur son entourage, soit en serrant la main moite et glacée d'un ami qui éprouve une crainte violente et une véritable frayeur, soit en écoutant la parole saccadée et oppressée de celui qui souffre, en voyant le globe oculaire injecté et saillant du coléreux, soit encore en sentant à ses pommettes monter le rouge de la honte ou de la confusion.

Ces manifestations organiques sont inséparables de l'émotion, et nous les retrouvons toujours, tant chez l'homme normal et sain que chez le sujet pathologique, ou encore chez l'animal soumis aux expériences.

Ce qui est intéressant à noter, encore que cela semble paradoxal, c'est l'existence de réactions organiques communes aux diverses émotions.

A la différence des réactions du visage dont chacune est le propre d'une émotion, nombre des réactions de l'organisme se retrouvent indépendamment de l'émotion en cause, constituant en quelque sorte, l'émotion physiologique pure.

Comment différencier en effet la pâleur ou la rougeur du visage, la contraction musculaire, le frisson, les sécrétions, l'oppression, la sécheresse de la bouche, et bien d'autres manifestations organiques au cours d'émotions aussi différentes que le plaisir ou le chagrin, la colère ou la peur.

Sans aucun caractère électif, la décharge nerveuse du choc émotionnel va diffuser dans l'organisme entier, entraînant des modifications générales, tant organiques qu'humorales.

Sur l'appareil respiratoire, nous observerons une action manifestée par des arrêts respiratoires plus ou moins longs, par une intensité respiratoire accrue qui sera l'origine d'une exagération des échanges gazeux.

L'appareil circulatoire verra son rythme modifié; la tachycardie étant plus fréquemment observée que la brachycardie, les battements du cœur gagnant en force.

La vaso-constriction cutanée et la vaso-dilatation abdominale déterminent selon CANNON, un accroissement de l'irrigation des organes abdominaux, thoraciques et du cerveau.

Les modifications humorales seront notables, et CANNON insiste sur l'augmentation de la coagulabilité et de la glycémie.

Les sécrétions seront augmentées ou diminuées selon que l'on se trouvera en présence d'émotion légère ou considérable.

L'appareil digestif également verra son activité diminuée ou accrue, selon l'intensité de l'émotion. CANNON observe une action défavorable de la peur, de la douleur et de l'anxiété sur la motricité intestinale.

Le système nerveux, les reins (polyurie), la musculature lisse de l'œil (exophtalmie, myosis ou mydriase), le revêtement cutané et ses muscles lisses (horripilation, le

système endocrinien (glandes sexuelles, corps thyroïde, capsules surrénales) sont également influencés.

Nous voyons ainsi l'importance de l'action du choc émotif sur l'organisme, que ses réactions soient communes à toutes les émotions, ou que chaque émotion frappe sur le clavier des réactions organiques, celles dont elle fera son *proprium quid*.

Aussi bien, pouvons-nous dès maintenant entrevoir le grand débat qui, né dans le domaine philosophique, bien vite s'est porté sur le terrain de la physiologie, et qui va consister à savoir si précisément ces réactions organiques sont les résultantes de l'émotion ou ne constituent pas au contraire les causes déterminantes de cette émotion.

Sans vouloir approfondir cette discussion des physiologistes et des intellectualistes, nous la rappellerons dans le prochain chapitre, afin de montrer l'intérêt que peut apporter à sa solution éventuelle, l'étude des émotions exprimées dans certains cas de neuropathologie.

Historique. Concepts philosophiques.

Avant de rappeler, en les résumant, les thèses physiologistes et intellectualistes, nous croyons nécessaire de montrer rapidement ce que l'on peut appeler l'histoire de l'expression des émotions.

Comme nous le déclarions au début de ce travail, les diverses façons dont l'homme exprime ses émotions ont toujours retenu l'attention, et il faudrait remonter à Aristote et à Galien, pour connaître les premiers ouvrages qui ont eu ce sujet pour thème.

Parmi les auteurs dont les noms sont plus particulièrement attachés à cette étude, il nous semble qu'il faille distinguer ceux qui, avec les seules méthodes philosophiques dont ils disposaient, ont essayé de connaître le mécanisme des expressions émotives, et ceux qui, par la suite, unirent à la philosophie les procédés modernes de l'expérimentation.

Parmi les premiers, la place principale paraît revenir à DESCARTES, qui appliqua à l'explication des émotions et de leur expression ses théories, réalisant les premières bases d'une étude physiologique de l'âme, et contenant si l'on peut dire, en germe, les théories modernes de JAMES et de LANGE. L'émotion pour lui est due à des changements physiques d'ordre circulatoire. Ce qu'il exprime en écrivant : « Il se produit des changements dans le cœur et dans le sang, et ce sont ces change-

ments qui impressionnent la glande pinéale par l'intermédiaire des esprits animaux et provoquent l'émotion. »

Dans sa *Recherche de la Vérité*, MALEBRANCHE parlera de « l'ébranlement du cerveau ».

Après LEBRUN, BUFFON dans son *Histoire Naturelle*, fera appel à un finalisme puéril.

En 1792, CAMPER montrera l'action des nerfs dans le jeu facial des émotions.

Charles BELL, en 1806, adoptera des concepts finalistes, que nous retrouverons dans les ouvrages de MOREAU DE LA SARTHE et de DUCHENNE DE BOULOGNE.

Avec SPENCER, les expressions émotives s'expliquent par les décharges motrices restreintes ou diffuses, accompagnant tout sentiment, proportionnelles à son intensité et indépendantes de sa nature.

DARWIN apportera à la solution du problème de l'expression des émotions, ses théories sur les habitudes héréditaires.

Pour WUNDT, ce serait des réactions mimiques, devenues héréditaires.

Ces trois derniers auteurs, plus particulièrement, construisirent l'ingénieuse hypothèse, qui consistait à donner aux divers phénomènes expressifs une raison utilitaire. Pour eux, par exemple, la contraction des sourcils, observée dans l'attention, a pour objet de faire que notre regard aille plus directement vers le point que nous observons.

Rompant avec ces concepts utilitaires, un danois LANGE et un américain William JAMES conférèrent à l'étude des émotions un intérêt considérable, par la hardiesse de leurs explications et par les discussions célèbres qui s'en devaient suivre.

Les théories de ces auteurs, connues sous le nom de théories physiologiques de l'émotion, n'étaient pas spé-

cifiquement nouvelles. On en retrouvait effectivement la première idée dans les théories mécanistes de DESCARTES et, à une époque bien plus reculée, dans les travaux d'ÉPICURÉ.

LANGÉ, le premier, remet en honneur ces concepts d'origine mécaniste, un peu oubliés depuis DESCARTES, et, considérant la part importante qui revenait dans l'émotion, à l'organisme par ses réactions diverses, il voulut faire de ces manifestations organiques, le substratum de l'émotion.

Laissant de côté toute métaphysique, « renonçant, selon son expression, à cette idéologie, qui fait de la joie, de la peur, de la colère, de véritables entités », il veut, pour bien comprendre la nature de l'émotion, n'examiner que les faits :

Il étudie le cas d'une mère qui pleure son fils ; l'opinion couramment admise attribue trois temps à ce phénomène :

- 1^o une perception ou une idée : la mère apprend la mort de son fils ;
- 2^o une émotion à cette nouvelle ;
- 3^o l'expression de cette émotion qui va se manifester par des réactions organiques.

LANGÉ récuse cette suite de faits et en intervertit ainsi l'ordre :

- 1^o la perception : la nouvelle du décès ;
- 2^o la femme est abattue, des phénomènes musculaires se produisent, entraînant des variations cérébrales ;
- 3^o elle est triste, l'émotion de la tristesse étant la conscience des phénomènes organiques qui précèdent.

Ce qui l'amène à affirmer que, la fatigue et la flaccidité musculaire étant supprimées, le sang rendu à la peau

et au cerveau, la légèreté aux membres, il ne resterait absolument rien de la tristesse, si ce n'est le souvenir de la cause qui l'a produite.

Après de cette théorie, qui accorde aux phénomènes vasculaires et à leurs conséquences organiques, une préexistence par rapport aux émotions, nous trouvons la théorie voisine de JAMES déclarant qu'on ne peut concevoir l'émotion dissociée de son expression organique, sans laquelle « la perception serait de forme purement cognitive, pâle, décolorée, sans chaleur émotionnelle ».

« Analysons, dit-il, le contenu d'une émotion, supprimons les sensations qui correspondent à des expressions corporelles, et demandons nous si réellement quelque chose persiste de l'émotion ainsi analysée, essayons de concevoir la peur sans modifications cardiaques ou respiratoires, sans troubles viscéraux, sans chair de poule, etc... »

Ayant ainsi fait l'analyse de l'émotion, jusqu'à ne plus trouver qu'une simple perception sans expression et sans émotion, il va en faire la synthèse en partant des éléments organiques. « Prenez un air réjoui, donnez une expression vive à votre œil, tenez-vous droit, plutôt que courbé, parlez sur un ton majeur, faites des compliments enjoués, et il faudra que votre cœur soit vraiment de glace s'il n'arrive à fondre peu à peu. »

JAMES rencontre ici PASCAL, lorsque celui-ci déclarait que pour croire à la religion, il se fallait « abêtir », que l'attitude prosternée de la contemplation religieuse faisait monter la prière aux lèvres, entraînant des sentiments pieux.

JAMES se résume ainsi : « les changements corporels suivent immédiatement la perception du fait excitant, et le sentiment que nous avons de ces changements à mesure qu'ils se produisent, c'est l'émotion ».

Le cerveau, pour les physiologistes, devient donc la surface de projection des diverses variations de l'organisme.

Prenant la contre-partie de ces conceptions, les théories intellectualistes, vont refuser aux expressions organiques un tel rôle dans la production de l'émotion.

Considérant le sentiment et son expression, HERBART, renverse les termes de l'analyse donnée par JAMES, lorsqu'il déclare : supprimez tout état intellectuel, et le sentiment s'évanouit ; subordonnant ainsi de façon absolue l'ordre affectif à l'ordre intellectuel.

Sans nier l'influence de l'organisme sur nos états affectifs, les intellectualistes ne font des expressions qu'un accessoire, soumis aux directives du cerveau, agi par les représentations.

A l'appui de leur doctrine, ils apportent l'affirmation « qu'un même objet ne s'imprime pas de même façon dans tous les esprits et qu'il sera représenté fort différemment suivant l'expérience acquise, et suivant les images déposées dans le cerveau de chacun.

Reprenant l'exemple de JAMES, lorsqu'il étudie l'émotion causée par la vue d'un ours, qui amène la peur, parce qu'elle cause d'abord des palpitations cardiaques, et de la pâleur de la face, ils envisagent les diverses réactions possibles chez l'individu à la vue de cet ours.

Le promeneur prudent va prendre la fuite ; mais le chasseur attaquera l'ours, cherchant à le tuer ; et un enfant pourra s'amuser et manifester de la satisfaction à l'aspect nouveau pour lui de cet animal.

Ce même objet fera surgir des réactions périphériques fort diverses, car il est certain que l'enfant, inconscient dans son inexpérience, et heureux à la vue de l'ours, n'aura pas les palpitations cardiaques de l'adulte, conscient du danger et effrayé.

« Chacune des attitudes corporelles entraînera une émotion particulière, mais l'attitude elle-même dépend de la nature de la perception, car c'est la perception qui, suivant son contenu, suivant la richesse de ses associations d'images, suscite, modère, précipite la série des états organiques. Ceux-ci déterminent, si l'on veut, l'émotion, mais ils sont déformés eux-mêmes par la représentation initiale. Et ainsi l'analyse de cette dernière est nécessaire pour comprendre la nature de l'émotion ».

Ces diverses théories philosophiques constatant l'évidence des réactions organiques, c'est autour de l'importance de ces dernières que s'élèvent les discussions.

Les procédés philosophiques ont à ce moment donné tout ce qu'on en pouvait attendre ; et le problème du rôle exact de l'expression dans la genèse et l'explication de l'émotion reste entier.

Il va donc falloir sortir du domaine de la spéculation idéative, et, avant qu'une contribution soit demandée à l'étude des expressions émotives neuro-pathologiques, c'est à l'expérimentation dans les laboratoires *in animale vili* que les auteurs vont avoir recours, unissant les concepts philosophiques aux procédés expérimentaux.

Pour bien connaître, parmi les nombreuses expérimentations, celles qui sont les plus typiques et qui concernent le plus directement l'expression des émotions, nous estimons nécessaire de citer ici entièrement l'étude capitale qu'en a faite LHERMITTE dans son ouvrage sur les Fondements biologiques de la Psychologie, auquel le *Traité de la Psychologie des sentiments* de DUMAS renvoie, pour l'exposé anatomo-physiologique de cette question.

Après un rappel des théories de LANGE et de JAMES, LHERMITTE écrit :

« Mais tout de suite un double problème se pose : 1^o les modifications vasculaires, digestives, glandulaires, d'origine émotionnelle sont-elles le produit d'une excitation nerveuse centrifuge et extensive ou, 2^o ne sont-elles que le témoignage de l'influence d'une action glandulaire. Dans cette dernière hypothèse, le processus émotionnel se déroulerait en passant par les phrases suivantes :

1^o une perception ou une représentation ; 2^o une excitation nerveuse immédiatement consécutive parcourant le système nerveux organo-végétatif et déterminant une sécrétion donnée ; 3^o le déversement dans le sang de cette sécrétion et l'action de celle-ci sur le système organo-végétatif, enfin 4^o l'apparition de l'émotion psychique, par afflux sur le cortex des ondes nerveuses, cheminant par les voies centripètes du système végétatif. Selon cette thèse, le système végétatif serait en quelque sorte pris à son propre piège puisque, excitant d'abord l'appareil glandulaire endocrinien, il recevrait lui-même une excitation de l'hormone sécrétée.

Ainsi pourrait être expliquée la prolongation de l'état émotionnel et sa survivance à la cause qui l'a fait éclore. Cette hypothèse un peu compliquée trouve un appui dans les résultats expérimentaux du physiologiste américain CANNON, qui a montré de manière indiscutable, que certaines émotions, en particulier, la colère et la peur, provoquent une augmentation de la sécrétion des glandes surrénales dont le témoignage concret est l'adrénalinémie. Et, comme tout se tient dans l'organisme, à cette adrénalinémie serait liée l'hyperglycémie, la glycosurie émotive, l'hypertonie de toute la musculature lisse, la vaso-constriction générale, contrastant avec la vaso-dilatation du poumon, du cœur et

de l'encéphale. Mais de l'observation de ces faits CANNON n'en déduit nullement que le processus émotionnel est conditionné par l'ensemble des modifications organiques que nous venons de rappeler. Tout au contraire, ce physiologiste pense que les modifications organiques, dont nous n'avons généralement pas conscience, aident, tout juste, au développement d'un état affectif indéfini, mais toujours adapté.

L'adrénalinémie elle-même peut-elle être tenue pour responsable de toutes les modifications organiques déclenchées par une émotion intense ? Si cette hypothèse était exacte, les animaux décapsulés ne devraient manifester aucune réaction d'ordre émotionnel et d'autre part, les phénomènes physiologiques de l'émotion pourraient être réalisés par l'injection dans le sang d'une solution d'adrénaline. Or cela n'est pas. Force est donc de chercher un autre mécanisme.

Le système organo-végétatif possède, dans l'écorce cérébrale, différents centres représentatifs, dont l'excitation provoque des modifications organiques de même nature que celles que libère le processus émotionnel. Il apparaît donc assez légitime de penser que l'excitation produite par le choc émotif dont la capacité d'extension et de diffusion n'a pas besoin d'être rappelée, rayonne du cerveau psychique vers les centres corticaux organo-végétatifs, qu'elle ébranle ou qu'elle inhibe. La conséquence objective de cet ébranlement diffus du système nerveux, organique, sera précisément la grande perturbation somatique et viscérale que nous avons décrite et qui encadre et soutient l'émotion psychologique.

Mais cette solution n'épuise pas tout le problème physiologique du choc émotif ; et nous devons maintenant nous demander si cet ébranlement cortical organo-

végétatif est directement perçu par la conscience, ou bien si l'émotion psychique n'est pas tout simplement, ainsi que l'affirme W. JAMES, la perception des modifications périphériques déclenchées par l'émotion. C'est à la solution de ce problème que se sont appliqués particulièrement SHERRINGTON, DE SOMER et HEYMANS, ainsi que GEMELLI.

Dans une première série d'expériences, SHERRINGTON « apesthésie » 5 jeunes chiens en sectionnant la moelle au-dessous de l'origine des nerfs phréniques, de manière à supprimer toutes les excitations venues de tout le segment somatique situé au-dessous des épaules. Malgré cette réduction des sensations organiques, les animaux apesthésiés manifestent par leur mimique, les mêmes signes de dégoût, de crainte, de colère ou de plaisir que les animaux normaux devant les mêmes sources d'émotion.

Poussant ses investigations plus avant, dans une seconde série de recherches, le physiologiste anglais ajoute à la transsection spinale cervicale, la division complète des pneumogastriques. Or, malgré l'isolement aussi complet que possible du cerveau d'avec ses connexions somatiques, les sujets opérés continuent de manifester les signes extérieurs des émotions.

Enfin, plus radicale encore est l'intervention qu'ont fait subir à des chiens, à des lapins et à des chats, DE SOMER et HEYMANS, puisqu'il s'agit de rien moins que la décapitation avec conservation de l'activité cérébrale au moyen d'une circulation artificielle. Or, ici encore, l'expression de la tête des animaux se modifie selon la qualité des excitations d'ordre émotionnel que l'on provoque. Ces résultats expérimentaux concordants sont loin de plaider en faveur de la théorie de W. JAMES, et semblent bien indiquer, comme l'exprime SHERRINGTON,

que « l'expression viscérale de l'émotion est consécutive à l'action cérébrale qui sous-tend l'état psychique ». Certes, les psychologues ont, à l'unisson, critiqué la conclusion qui semblait se dégager d'elle-même des expériences que nous venons de rappeler, en faisant valoir que ni SHERRINGTON, ni DE SOMER et HEYMANS n'avaient supprimé absolument la base physique du processus émotionnel et que celle-ci « subsistait dans la mesure où l'émotion se traduisait encore par des signes apparents ». Et L. DES BANCELS ajoutait que rien ne démontre que le chien opéré ait pleine conscience des émotions qu'il exprime.

Vu sous cet angle, le problème apparaît insoluble, puisque nous ne pouvons apprécier le degré de conscience d'un animal ni même affirmer qu'il est doué de conscience ».

LHERMITTE ajoute que « nous sommes ainsi conduits à interroger les êtres qui peuvent témoigner leurs états de conscience, les définir et les analyser ».

A prime abord, il semble que l'on en doive ainsi revenir aux anciennes méthodes et à l'introspection dont nous avons vu l'échec, malgré tout ce que JAMES en avait essayé d'obtenir.

Mais cela n'est que partiellement exact, car les auteurs modernes se sont adressés à une introspection dirigée, et contrôlable, en ce sens que ce sont, non plus des sujets normaux, mais des cas neuropathologiques qu'ils ont entrepris d'étudier.

Et de leurs constatations anatomo-cliniques, ils ont pu déduire l'existence d'un « mécanisme physiologique individualisé », des centres émotifs, des centres nerveux expressifs.

Le côté clinique de ces recherches devant constituer la deuxième partie de cette étude, nous n'exposerons ici

que le côté purement anatomo-pathologique, n'apportant aux considérations cliniques que le minimum nécessaire pour suivre le processus de la découverte des centres expressifs.

Les centres expressifs.

L'hypothèse de centres expressifs, à laquelle conduisait l'échec de l'explication des émotions et de leurs expressions par les réactions périphériques, avait été soulevée de façon scientifique dès 1820 par Charles BELL et en 1879 par NOTHNAGEL, qui avaient souligné la corrélation entre certaines lésions cérébrales et la paralysie de la mimique volontaire, associée ou non à la paralysie de la mimique automatique ou émotionnelle.

Les travaux ultérieurs permirent de mieux préciser la localisation des lésions cérébrales, agissant sur la mimique.

Par l'expérimentation, BECHTEREW en 1887, avait été conduit à penser que la couche optique était un centre moteur de mouvements d'expression. L'anglais HEAD cite des personnes qui présentaient des affections de la couche optique, entraînant des paresthésies curieuses de la moitié opposée du corps.

A l'instar de NOTHNAGEL et de BECHTEREW, ROSENBACH, VON MONAKOW et BRISSAUD, conçurent le thalamus comme le « centre de coordination automatique des jeux affectifs du visage ».

Pour KIRSCHOFF le centre de la mimique involontaire des émotions résidait dans le noyau médian du thalamus.

Par des expériences, VULPIAN, PAGANO, BARD, CANNON, G. SPENCER, GRAHAM-BROWN, confirmaient le rôle des corps opto-striés et du thalamus.

PAGANO injectant du curare dans le noyau candé provoquait des réactions expressives de peur et de colère.

CANNON excitant les ganglions de la base sur un chat auquel on avait retiré le cortex obtenait des expressions de fureur.

GRAHAM BROWN et G. SPENCER, par l'excitation de la région caudale du thalamus, observaient des réactions facio-respiratoires, rappelant le rire spontané.

Dans la pathologie nerveuse, le rôle de ces organes se précisait. Les noyaux lenticulo-striés, indissociables physiologiquement du thalamus, prenaient place dans l'appareil expressif central.

Les travaux, sur la physiopathologie du corps strié, de C. VOGT et de KINNIER-WILSON, sans poser aucune conclusion anatomo-clinique définitive, ont permis de préciser et de retirer du vaste cadre des névroses certains syndromes cliniques, tels les parkinsoniens, les choréiques, les spasmes de torsion, etc... qui nous apparaissent actuellement comme les conséquences directes des lésions des corps striés.

Une très intéressante contribution à l'étude des conséquences des lésions du striatum sur la mimique a été apportée par une observation de P. GUIRAUD et M. DEROMBIES. Ces deux auteurs ont réuni dans cette même observation la description des troubles mimiques et celle des lésions constatées ultérieurement à l'autopsie.

Ils résument ainsi leurs constatations cliniques sur la mimique : mouvements mimiques très expressifs de la face, remplacés ensuite par de véritables grimaces.

A ces troubles de l'expression, s'ajoutent des mouve-

ments rythmiques accélérés de marche, avec syncinésie de mastication et de tachypnée arythmique, de l'hyper-tonie généralisée, avec attitude cataleptique, des troubles de la déglutition et de la dysarthrie.

A l'autopsie, ils observent une lésion en foyer détruisant entièrement la tête du noyau caudé, une partie du putamen, la partie supérieure du pallidum, le bras antérieur de la capsule interne et le faisceau géniculé.

De ces faits cliniques et anatomo-pathologiques, ils concluent : « nos connaissances sur les syndromes consécutifs à la destruction des corps striés, récemment étudiés par LHERMITTE, ne sont pas encore assez précises pour que nous ayons la prétention de répartir exactement les syndromes que nous avons observés entre les divers organes atteints (noyau caudé, putamen, pallidum). Cependant il nous semble que les mouvements expressifs parasités de la face peuvent être attribués à une lésion irritative du noyau caudé.

Si nous comparons nos constatations avec les données expérimentales et anatomo-cliniques résumées par LHERMITTE, nous y trouvons beaucoup de rapprochement et quelques différences :

D'abord la plupart des phénomènes observés sont provoqués par des lésions bilatérales, notre cas se rapporte à une lésion unilatérale gauche.

Signalons la similitude de notre cas avec les résultats obtenus par excitation électrique du noyau caudé chez le chien éveillé. Ces faits nous paraissent mettre en relief le rôle du noyau caudé dans l'expression des états affectifs que traduisent, d'une part l'apparition des mouvements de la mimique, et d'autre part des modifications respiratoires, qu'il est habituel de rencontrer au cours de ces états. Ceci doit être rapproché des troubles

de la mimique constatés dans certains états pathologiques ».

La dissociation possible de l'innervation volontaire et de l'innervation mimique de la face, déjà soupçonnée par DESCARTES, entrevue par Charles BELL, ROMBERG, STROMAYER, MAGNUS, fut définitivement démontrée par ROSENBAACH et NOTHNAGEL.

BRISAUD, LHERMITTE et CORNIL, insistaient sur la conservation de la mimique expressive volontaire, avec abolition de la mimique spontanée dans les lésions respectant le faisceau cortico-ponto-bulbaire, au contraire de ce que l'on observe dans les cas de paralysie pseudo-bulbaire.

Une lésion unilatérale du thalamus, laisse subsister la mimique du côté atteint et abolit l'expression spontanée.

Mais si les auteurs semblent d'accord pour localiser, dans le thalamus et les corps opto-striés, les centres émotifs, leur accord ne semble pas moins absolu pour faire d'importantes réserves.

Dumas conclut que « en dépit des faits établis, le problème de l'origine et du mécanisme des mouvements expressifs automatiques ne se confond pas nécessairement avec celui des localisations thalamiques. Le *proprium* quid qui distingue l'émotion de la simple sensation affective est cérébral, il est même et surtout cortical, il ne paraît pas se résoudre dans la conscience des réactions périphériques de l'émotion, comme on l'a pensé si longtemps avec LANGE et JAMES ».

LHERMITTE formule les mêmes réserves et attribue au cortex une importance aussi grande en écrivant :

« Tout nous autorise donc à reconnaître dans les corps opto-striés, des centres très importants, dont l'intégrité est indispensable à la réalisation de la mimique spon-

tanée ou émotionnelle. Est-ce à dire cependant que le système thalamo-strié forme l'étape ultime des conducteurs des excitations expressives d'ordre émotionnel, et que le système automatique de l'expression émotionnelle n'a point de foyer représentatif spécial sur la corticalité cérébrale ? Bien que ce soit l'opinion courante, son exactitude n'est rien moins que démontrée, chez l'homme tout au moins. Et même, chez le singe, G. SPENCER a pu établir que, en dehors des centres respiratoires classiques, soumis au contrôle volontaire, il existe deux autres foyers, l'un frontal, l'autre centro-postérieur, dont l'excitation provoque l'accélération ou l'arrêt de la respiration. Si nous ne connaissons pas encore de centres corticaux régissant l'activité faciale automatique, du moins leur irréalité n'apparaît pas prouvée ».

Dans son *Traité des psychopathies organiques*, DUPRÉ ne pensait pas différemment lorsqu'il résumait de cette façon schématique et saisissante l'axe anatomique des transmissions émotives :

« Dans la mimique faciale et principalement dans le rire et les pleurs, l'écorce est le centre de l'élaboration psychique, le thalamus, le centre de l'organisation automatique, et le bulbe, le centre de l'exécution neuro-musculaire du processus psycho-réflexe de l'expression émotive.

L'excitation supérieure représentée par le processus psychique, irradie du cortex sur le thalamus ; du centre thalamique, elle repart sous forme d'excitation motrice synergique organisée pour actionner sur le clavier bulbaire, celles des touches qui, dans la neuro-musculature faciale et laryngée, commandent les réactions mimiques et vocales adaptées, suivant les lois de l'expression des émotions, à la traduction de tel ou tel mouvement émotif ».

Nous voici bien loin des explications périphériques pures de l'émotion ; et de ces travaux, nous pouvons conclure à l'interférence des divers échelons organiques ; nous pouvons également voir que le rôle de l'expression s'il n'est pas, comme JAMES l'eut voulu, le substratum unique de l'émotion, n'en a pas moins dans l'explication des manifestations émotives, une extrême importance.

L'expression des émotions en neuro-pathologie.

C'est donc à la neuro-pathologie, tant dans son étude clinique, que dans ses recherches anatomo-pathologiques, que nous devons d'avoir pu éclaircir un peu le mystère du processus émotif.

L'introspection qui se confinait en un cercle vicieux, avec des spéculations incontrôlables, non plus que l'expérimentation sur des êtres sans conscience, ne pouvaient donner les indications fournies par le complexe psycho-physiologique de la neuro-pathologie, avec ses observations psychologiques et ses vérifications anatomo-pathologiques.

Aussi, allons-nous pouvoir aborder l'étude de l'expression des émotions dans les maladies nerveuses, et vérifier par des exemples précis les relations exactes de l'émotion psychologique, et de l'émotion exprimée.

Les expressions émotives spontanées de l'homme sont-elles le reflet de ses sentiments ?

Rions-nous parce que nous sommes gais, sommes-nous gais parce que nous rions ? Telle pourrait-être la question à laquelle la seconde partie de notre étude va s'efforcer de répondre, en s'aidant des données de la pathologie pour mieux constater, avec le grossissement de la maladie, ce qu'apportent à l'émotion les réactions corporelles.

DEUXIÈME PARTIE

LES EXPRESSIONS MORBIDES
DES ÉMOTIONS

I. DANS LA NEURO-PATHOLOGIE.

II. DANS L'ART.

LES EXPRESSIONS ÉMOTIVES EN NEURO-PATHOLOGIE

La sincérité de l'émotion que nous manifestons en une circonstance donnée, a toujours suscité la curiosité humaine. Et devant une douleur ou une satisfaction exprimée, la question s'est toujours posée d'en connaître la véritable cause et le degré de véracité.

Plus ou moins sincère avec son semblable, l'homme, lorsqu'il exprime une émotion est-il toujours sincère avec lui-même, et la béatitude qu'il peut étaler parfois, est-elle régulièrement le corollaire d'une satisfaction intime, qu'un mécanisme nerveux complexe aura commandée à ses traits et à son organisme ?

Invérifiable chez le sujet normal, dont les sentiments restent impénétrables dans leur profondeur, ce problème qui impartit également à la science et à la philosophie mondaine, trouvera un peu sa réponse dans l'étude des expressions émotives chez les sujets pathologiques, qui pourra montrer certaines des limites que rencontre la maîtrise des émotions.

L'existence ou non de corrélation entre l'expression émotive d'un homme et le sentiment qui l'agite à ce même moment présentera ainsi un double intérêt.

D'abord les résultats obtenus apporteront des arguments d'expérimentation psychologique à l'étude philosophique des émotions.

Ainsi que le fait observer LHERMITTE, elle permettra à l'introspection de rebondir avec un intérêt renouvelé dans la mine presque inépuisable de la neuro-pathologie, après avoir donné avec JAMES tout ce qu'elle pouvait nous livrer chez le sujet normal.

La pathologie nerveuse nous fournira des faits démonstratifs par le mécanisme facial de la joie, de la tristesse, de la peur et de la colère.

« Les contractures faciales, les paralysies faciales, les paralysies pseudo-bulbaires, l'exorbitisme basedowien, qui ne correspondent à aucune émotion ressentie, écrit DUMAS, nous donnent d'admirables expressions de joie, de tristesse et de peur, et des expressions partielles de colère, par le seul fait que l'influx tonique se manifeste dans un nombre accru, diminué, ou réduit à rien de fibres nerveuses. Nous avons ainsi dans la pathologie nerveuse, des expérimentations toutes faites, que nous n'avons qu'à utiliser. »

Un autre intérêt, ne comportant aucune thèse à soutenir ou à combattre, réside dans la description précise des expressions au cours des maladies nerveuses, et dans la recherche méthodique des émotions que le malade accuse, lorsque telle expression émotive se manifeste, ou après que son visage a présenté l'aspect traduisant une émotion définie. D'où la nécessité de procéder à l'analyse de ses sentiments d'abord, par un interrogatoire en plusieurs temps, après obtention auprès du malade d'une véritable confiance, permettant de connaître ses émotions, puis de discriminer, comme l'indique DUPRÉ, « la superposition sur le visage de chaque malade de ces masques pathologiques multiples, qui aboutit à des

combinaisons mimiques très complexes, où l'œil de l'observateur, doit s'efforcer, par une analyse souvent difficile, de retrouver, de mesurer, et enfin d'interpréter les influences pathogènes dont chacun de ces masques morbides représente la synthèse ».

Cet intérêt descriptif sera d'autant plus grand, que l'étude des malades sera plus objective.

Les observations que nous avons recueillies seront groupées en fin de ce travail avec l'ensemble des signes cliniques et psychologiques relevés sur chaque sujet, mais au cours de l'étude elle-même, nous reproduirons les passages, intéressant directement la description de l'expression émotive dans chacune des maladies envisagées.

Ces diverses maladies et les masques aux expressions émotives qu'elles déterminent, ont connu plusieurs classifications ; celle qui les range en masques spasmodiques, masques paralytiques, et masques paréto-spasmodiques, serait la plus topique si l'on se plaçait essentiellement au point de vue moteur.

Mais désirant avoir surtout en vue, le côté expressif, et son rapport avec le sentiment, plus qu'avec la motricité, nous proposerons de classer de la façon suivante les maladies nerveuses que nous avons à envisager.

TABLEAU DES EXPRESSIONS MORBIDES DES ÉMOTIONS

A. — SUPPRIMÉES :

a) *Par absence :*

Parkinson
paralysie générale
— pseudo-bulbaire
sclérose en plaques
hémiplégie
tumeur frontale
crétinisme
tétanos
Divers { paral. lab. glos. larg.
scl. lat. amyot.
myopathie
opht. ext.
sclérodermie

b) *par anarchie :*

tics
athétose double

B. — LIBÉRÉES :

a) *Rire et pleurer.*

pseudo-bulbaire.
sclérose en plaques
crétinisme
épilepsie
chorée
Parkinson

b) *frayeur et confusion :*

pseudo-bulbaire

c) *Colère :*

Basedow

C. — ANOMALIQUES :

a) *Par hémimimie :*

1^o verticale :

hémiplégie
paralysie faciale
lésions otiques
Parkinson
Basedow

2^o transversale :

par. lab. glos. lar.
Parkinson
P. G.

b) *Par intrications :*

pseudo-bulbaire
P. G.
idiots.

Les expressions émotives supprimées par absence de toute expression.

Dans un certain nombre de maladies, toute expression émotive automatique est supprimée, l'expression mimique elle-même ne se faisant très souvent qu'avec une lenteur extrême, ou même pas du tout.

On peut alors dire qu'il y a une absence d'expression des émotions, le visage gardant de façon fixe et parfois immuable les traits, que sa neuro-musculature lui a imprimés.

Parmi les maladies qui présentent cette véritable suppression statique, l'une prendra un intérêt plus particulier, dû à sa fréquence, et aussi à l'aspect typique qu'elle présente de l'impuissance expressive : c'est la maladie de Parkinson.

La maladie de Parkinson.

Plus que n'importe quelle autre maladie, cette affection, avec des variantes mimiques, va permettre de brosser un tableau caractéristique de son aspect extérieur.

L'une de ses principales conséquences sera la suppression de l'expression émotive chez les sujets qui en sont atteints, et l'établissement d'un type expressif, vide d'émotion et grossièrement uniforme, qui, pour s'appa-

renter aux expressions de diverses émotions, n'en pourra cependant pas moins être considéré comme l'expression du parkinsonisme.

DUPRÉ, BRISSAUD et LHERMITTE se sont attachés à définir cette expression spéciale.

BRISSAUD résume ainsi la description de l'attitude soudée, empotée de ces malades, qui de suite, emporte le diagnostic :

« Le corps semble soudé, figé, dans une position qui paraît être le résultat d'une rigidité particulière de tous les muscles. Le tronc est incliné en avant, le cou tendu, la tête rejetée en arrière : le regard est fixe et le globe oculaire immobile. Non seulement, les bras, les jambes et la tête semblent soudés, mais tous les traits du visage sont contractés de façon à produire un masque spécial. Ce masque n'est pas sans expression, c'est celui d'un étonnement persistant, mêlé de défiance. »

Plus que l'attitude de l'ensemble du corps, c'est la physionomie qui retient l'attention. Auprès des traits qui établissent une expression parkinsonienne stable, purement musculaire d'ailleurs, et que BRISSAUD qualifie d'étonnement persistant, nous trouvons de nombreuses variétés. Chacune traduira une expression plus ou moins différente, mais ce sera cette expression, à l'exclusion de toute autre, que chaque visage pathologique revêtira.

L'une de nos malades présentait le tableau physiognomique suivant :

« Dans l'immobilité pathologique de tout le corps de Mlle M... (obs. n° 1), la face garde un perpétuel sourire. La contracture des muscles péri-buccaux et des zygomatiques relevant les commissures buccales, un faible degré d'exophtalmie, donnant au regard, un aspect brillant : un larmolement léger et le petit tremblement

des lèvres, semblant murmurer une prière, donnent au visage de notre malade, un aspect quasi-extatique, de contemplation mystique avec ravissement et prière.

Lorsqu'elle parle — et toute conversation est rendue particulièrement malaisée par la pallilalie —, l'expression du visage est légèrement différente. L'impression d'extase s'efface, mais le sourire persiste, donnant au faciès un air de douceur satisfaite et de bonheur tranquille.

Les parents des malades voisines, déclarent, en passant devant le lit de Mlle M... « que cette hospitalisée ne doit certes pas souffrir de son état de déchéance physique, et qu'elle doit connaître une satisfaction parfaite ». Les infirmières ne cessent de répéter que cette malade est très agréable, et il est évident que le sourire qu'elle manifeste, fait dire à tout visiteur « la gentille malade » !

Nous nous trouvons ici en présence d'un sujet, dont le faciès exprime une attitude extatique. Nous verrons par la suite, que cette expression persistera en dépit de la nature triste des émotions qui l'agiteront.

Telle autre malade au contraire (obs. n° 2) présente une expression de tristesse inchangeable :

« La figure est figée, et les traits immobiles sont centrés par les yeux, fixés vers le sol, sans clignement. Tout son visage exprime une véritable tristesse. Même en se distrayant avec ses camarades, elle garde le même air. »

L'absence d'expression caractérisée, que nous rencontrons chez une autre malade, Mme Le G... (obs. n° 3) peut se rapprocher de l'aspect d'étonnement dont parle BRISSAUD.

De toute façon, les traits du visage, devant la rigidité des muscles faciaux, revêtent un aspect de tranquillité, que rien ne semble devoir troubler.

A propos du regard des parkinsoniens, on a pu dire que c'était le « regard d'un œil de verre coulé dans de la cire ». Il semble bien que cela soit inexact ; en effet, si le globe oculaire, fixé fermement sur un point quelconque par les muscles oculaires contracturés, regarde avec une intensité, accrue par son immobilité pathologique, il peut cependant se déplacer et aller lentement, en hésitant, vers un nouvel objet, semblant craindre, en quelque sorte, que le nouveau champ visuel ne vaille pas le précédent.

De plus, dans de nombreux cas, dans la cire véritable que constitue la musculature faciale, le seul point lumineux et mobile, le seul éclair vital, sera le regard. L'observation de M. S... (obs. n° 4) en fait foi.

« Le faciès contracturé, séborrhéique, figé et atone du malade serait inintéressant sans le regard brillant, lucide, intelligent et moqueur. »

Souvent l'intensité expressive de la face est inégale dans sa partie haute et sa partie basse, l'une étant plus mobile et exprimant une émotion plus en rapport avec les sentiments du malade.

Certains auteurs ont insisté sur cette inégalité, la partie haute, selon eux, gardant une possibilité de mobilité avec le jeu des rides qui contrasterait avec l'immobilité de la partie située au-dessous des yeux, donnant alors un masque plus étrange encore.

Nous avons pu observer des dissociations de cet ordre, mais à titre provisoire, lors du retour au calme du visage parkinsonien qui venait de se mobiliser pour une expression mimique (obs. n° 2).

« Les boutades dérident Mlle M... un instant, mais le pâle sourire, à peine esquissé, disparaît lentement, la bouche gardant encore les traits relevés et souriants, alors que déjà la tristesse est réapparue dans le regard ;

et l'on a ainsi durant un moment, une véritable dissociation transversale de l'expression faciale, les yeux gardant un peu de mobilité que les muscles contracturés ont perdue et revenant ainsi plus vite à la mimique de tristesse qui lui est habituelle. »

De ces observations, il ressort donc déjà que l'expression faciale et le sentiment du malade n'ont pas de rapport direct, et que l'attitude triste de telle malade ne répond pas à une tristesse intime.

Avant de chercher si cette dissemblance physique et morale est bien exacte, il est nécessaire de rappeler que les malades auxquels nous nous adressons ont gardé toutes les facultés intellectuelles correspondant à leur niveau normal.

C'est là un point sur lequel BRISSAUD a longuement insisté, et il a conclu que l'apparente déchéance intellectuelle du parkinsonien venait d'un véritable état de soudure intellectuelle, suivant la soudure physique et du refus qu'il oppose à faire, pour manifester son activité cérébrale, un trop grand effort de mimique et de parole.

Leur affectivité non plus n'est pas touchée, et l'impassibilité de leur visage, devant les propos qu'on leur peut tenir, vient de la même cause.

A ce propos, il nous semble intéressant de noter l'interrogatoire affectif que nous avons fait subir à l'une de nos malades, dont nous avons précédemment décrit le sourire immuable et figé (obs. n° 1).

« Il était intéressant chez cette parkinsonienne de procéder à un examen psycho-affectif détaillé ; et avec la patience et la lenteur qu'exigeaient la pallilalie et la voix difficilement audible, nous nous sommes efforcés de fouiller dans les sentiments que Mlle M... nous pouvait révéler.

En reconstituant le récit haché qu'elle nous fait, nous pouvons indiquer qu'elle fit à 18 ans, un mariage d'inclination, son mari ayant un âge identique. La même année, naissance d'un enfant, ménage uni. Cette partie de son existence est contée avec le sourire que nous avons précédemment décrit.

Puis viennent les phases évolutives de sa maladie. Et la malade répond maintenant aux questions que nous lui posons quant à ses relations actuelles avec sa fille et son mari. Hospitalisée depuis huit ans, elle n'a jamais revu ce dernier ; elle sait qu'il vit avec une autre femme et interdit à son enfant de venir la visiter. Sa mère elle-même ne vient pas la voir, déclarant ne pas avoir le temps.

C'est à ces choses que Mlle M... pense des heures entières, et lorsque ses traits expriment un extase heureuse, elle agit désespérément, dans son esprit lucide, les souvenirs misérables de son existence brisée.

« Aimez-vous toujours votre mari, malgré son abandon et sa trahison ? — Et la malade de répondre avec son éternel sourire je l'aime, je l'aime, je l'aime. . » paroles qu'elle répète longuement sa pallilalie.

Elle est allée un jour à son ancien foyer, mais sa « remplaçante » l'a mise à la porte, et, en rappelant ce souvenir, des larmes humectent le regard brillant et roulent sur le visage, dont les traits restent figés dans un paradoxal sourire.

Aucune amie dans l'hôpital, aucune visite jamais, que le souvenir d'une félicité à laquelle ses 34 ans n'auront plus droit, et la liberté de son intelligence incapable de commander à ses muscles contracturés.

Et cependant, notre interrogatoire terminé, la malade en qui nous venons presque avec une cruauté qui nous contrit de remuer de pénibles images, nous regarde

passer à un autre lit, en nous souriant de son sourire sans âme, tandis qu'une infirmière, en passant, murmure « la gentille malade, et comme elle supporte gaiement son pauvre sort ! ».

De cette observation, nous pouvons conclure à l'impassibilité absolue du visage de notre malade, ses sentiments intimes jouant derrière un véritable rideau.

Chez Mme Le G... (observation n° 3), nous voyons pareillement les émotions les plus diverses se manifester, selon les confidences de la malade, alors que sa face reste inexpressive.

« Aucune expression ne se manifeste sur ses traits, pas plus que dans son regard.

La conversation est unilatérale, la malade ne répondant que par monosyllable, dans un souffle. Cependant, on constate rapidement qu'elle est très présente, connaissant ce qui l'entoure, s'orientant dans le temps, gardant une mémoire intacte.

L'examen affectif révèle une vie intérieure normale. Cet air distrait, lointain, Mme Le G... le reconnaît, et elle déclare penser à sa famille, à son mari, à ses trois enfants.

Ceux-ci viennent la voir fréquemment ; elle en est très heureuse, dit-elle, mais à cette pensée, aucune lueur de joie, aucune animation mimique ne se manifeste sur ses traits immuablement inexpressifs. Il nous a été donné d'assister à une entrevue de cette malade et de son fils le plus jeune (14 ans, aspect de santé parfaite). Aucune joie n'a traduit sa satisfaction qu'elle déclare pourtant très grande. Et si son fils ne la provoquait pas, un lourd silence présiderait à leur entrevue.

Aucune visite, aucune nouvelle ne parvient à produire

une réaction sur ses traits, sauf de rares sourires à peine esquissés.

Et cependant ses sentiments affectifs semblent entièrement conservés. »

Il y a donc, bien, dans tous les exemples de cette maladie, une suppression de l'expression des émotions, avec parfois de légers restes de la mimique volontaire, et toujours une expression figée, n'agissant pas plus sur l'émotion, qu'elle n'est agie par elle.

Et avec LHERMITTE, nous pouvons conclure l'étude de cette maladie destructrice des facultés d'expression émotive, en déclarant que « sous une façade impénétrable, sous un masque inexpressif, derrière un regard indifférent, ou absent, s'agit souvent une vie affective intense et tourmentée ».

La paralysie générale.

« Le masque paralytique, dit DUPRÉ, est caractérisé par l'expression indifférente, niaise, atone, souvent béate, parfois hébétée, et comme endormie du faciès. »

Cette physionomie est une des plus typiques de l'absence d'expression, soit que l'air hébété et atone fasse constater à première vue cette inexpression, soit que la béatitude satisfaite et inexpressive, en présence de toutes les situations extérieures possibles, le démontre très vite.

Mme S... (obs. n° 5), présente un faciès assez caractéristique, avec une expression indifférente et comme hébétée ; ce qui est dû pour partie à l'hypotonie musculaire dans le territoire du facial et du moteur oculaire commun, entraînant une chute légère de la paupière supérieure et diminuant la fente palpébrale.

Les facultés intellectuelles et affectives de ces malades ne peuvent guère être brillantes. Chez notre sujet, elles sont très touchées. Ses émotions sont d'ailleurs rares, hormis celles qui sont purement utilitaires, telles ses préoccupations alimentaires. Même des émotions élémentaires comme la colère, la frayeur, la surprise sont rarement manifestées dans ses propos ou son attitude.

Comme on a pu le faire remarquer, le paralytique général ne possède pas plusieurs types affectifs ; mais son affectivité se peut décomposer en un nombre considérable de compartiments qui s'entr'ouvrent indistinctement et parfois simultanément, mêlant sur tout le visage des expressions diverses, ou, comme nous le verrons plus loin, divisent le visage en deux expressions souvent contradictoires. De là, encore, la fugacité de ses expressions.

Quant à la corrélation de ses mimiques et de ses sentiments nous pouvons la juger d'après l'examen de Mme S...

« L'étude de l'affectivité de cette malade apprend que, si ce n'est pour sa nourriture, elle n'entretient pas de grands penchants.

Sa famille se désintéresse d'elle et ne vient pas la voir ; mais le chagrin qu'elle en éprouve est tout relatif.

Elle déclare avoir été très bien soignée, quoi qu'aucun soin ne lui ait été spécialement réservé depuis que, les traitements s'étant révélés infructueux, elle est passée dans la catégorie des chroniques. Elle dit avoir maintenant un excellent appétit.

C'est d'ailleurs là le principal de ses soucis, et elle s'estime fort satisfaite de son sort.

Cette béatitude qu'elle étale semble contradictoire avec l'expression d'indifférence et d'hébétude qui se

manifeste sur son visage et résiste à toutes les émotions, même désagréables qui peuvent lui être communiquées. »

Paralysie pseudo-bulbaire.

S'il peut paraître étonnant de voir alternativement ranger parmi les maladies à expressions supprimées et celles à expressions libérées, la paralysie pseudo-bulbaire, on admettra cette double classification, en se rappelant que cette affection est de celles qui entraînent un masque paréto-spasmodique dont les expressions sont très différentes, selon que le malade au repos sera sous l'effet physionomique de sa paralysie, ou qu'au contraire, sous une cause irritante, le spasme l'emportera, entraînant une mimique opposée.

Comme le précise BRISSAUD, la paralysie pseudo-bulbaire est une paralysie spasmodique et c'est à ce seul titre qu'elle donnera lieu aux crises de rire et de pleurer inextinguibles.

Sous l'emprise de la seule paralysie, le malade arborera un masque pathognomonique qu'on ne pourra d'ailleurs observer qu'au repos et à son issue, sans quoi une crise spasmodique interviendrait, entraînant une réaction mimique tout autre.

Au calme le faciès pseudo-bulbaire se rapproche un peu de celui du paralytique général.

L'expression prédominante sera celle de l'inertie, de l'indifférence ou plutôt de l'ahurissement. Cet air hébété provient, selon BRISSAUD, de la fixité paralytique des traits, les yeux ayant seuls conservés de la mobilité. La mâchoire inerte donne l'air de la stupeur permanente.

D'ailleurs un de nos malades M. M... (obs. n° 12), présente bien cet aspect.

« Le faciès est atone, hébété; sans aucune mobilité expressive, les yeux restent grands ouverts, la mâchoire inférieure, tombante, laisse la bouche entr'ouverte, les traits du visage, et plus particulièrement les commissures labiales, étant tirés vers le bas. »

La tête penchée, la lenteur de tout mouvement, la monotonie de la parole à la voie détimbrée, ajoutent encore à ce tableau pour rendre la physionomie plus hagarde.

Rien n'ébauche l'existence d'une émotion par suite de la paralysie des organes moteurs capable de déterminer les expressions des sentiments.

D'autres pseudo-bulbaires ont un faciès angoissé, anxieux; d'autres enfin, dont parle DUMAS, expriment sur leur trait la peur passive, par suite de la sédation du tonus. Le visage s'allonge alors, les sphincters palpébraux s'élargissent et la mâchoire inférieure tombe.

La paralysie de la motricité explique l'impossibilité des variantes mimiques; nous verrons en étudiant les pseudo-bulbaires dans leurs mouvements de spasmes, si une paralysie affective répond à la paralysie expressive.

Sclérose en plaques.

Pour cette maladie également, il sera nécessaire de distinguer l'observation du faciès habituel au repos et celui, que lui impriment parfois des secousses spasmodiques.

Dans sa première forme, en dehors des accès, le visage des malades présentant cette affection, rappelle un peu la précédente description du masque des pseudo-bulbaires. Il exprime en effet une certaine hébétude. Il est inerte, indifférent. L'ensemble des traits est détendu et

immobile, mais outre que la face n'est pas allongée comme chez les pseudo-bulbaires par une chute du maxillaire inférieur, elle diffère encore de celle de ce malade par les caractères du regard.

Celui-ci est vague, ainsi que CHARCOT et DÉJÉRINE l'ont montré. Et cet aspect est déterminé par les troubles oculaires de la sclérose en plaques, par l'amblyopie, la diplopie intermittente et surtout par le nystagmus qui contribue très largement à donner au visage son allure hébétée, en rendant le regard incertain.

« Mlle L... (obs. n° 17) est une malade que sa sclérose en plaques, confine au lit avec une quadriplégie totale.

Son visage est émacié, symétrique, le nez est effilé. Les traits sont abaissés. La bouche entr'ouverte. L'ensemble exprime la surprise, l'étonnement.

Le regard ajoute à cette impression par son incertitude, son aspect flou. »

A cette description, nous pouvons ajouter que chez notre malade, comme chez la plupart de ses semblables, avec une émotivité un peu exagérée, on observe des sentiments normaux.

« Cette malade a une émotivité légèrement exagérée, les lectures la faisant fréquemment pleurer, mais sans accès de larmes.

Son affectivité malgré son masque atone, semble normale et elle paraît ressentir les diverses émotions. »

Tumeurs cérébrales.

Dans certaines formes des tumeurs cérébrales, à localisation frontale, ou même préfrontale, on a observé depuis assez longtemps déjà, des troubles de l'expression.

On a noté des changements de caractère dans le sens de la jovialité, ou au contraire de la tristesse.

Laissant les formes avec *moria*, nous ne voulons envisager que celles où les variations expressives sont les plus caractéristiques, les formes à type mélancolique et dépressif.

La physionomie perd alors son expression habituelle antérieure et revêt parfois celle de la stupeur ou de l'indifférence.

Les malades présentent un faciès immobile, les plis du visage s'effacent, les traits semblent tirés vers le bas.

Cette atonie du visage est en quelque sorte la traduction mimique de l'obnubilation intellectuelle, qui s'installe progressivement car, avec l'inexpression, nous trouvons chez ces malades, évoluant ensemble, la diminution de l'activité, les troubles de la parole, la tendance à garder le silence.

Tous ces faits sont les manifestations dans les diverses branches de l'activité cérébrale, de l'engourdissement psychique.

Cette atonie totale peut se présenter d'une façon curieuse et assez fréquente : le masque facial adoptant alors, selon les termes de Dupré, l'aspect d'une concentration méditative prolongée, sans processus actif d'idéation correspondante. Le malade paraît chercher la solution de quelque grave problème.

Tel est le tableau que nous avons observé chez une de nos malades (obs. n° 6) :

« Mme C..., est totalement désorientée et fait montre d'une tristesse mélancolique.

Envahie d'idées noires, s'accusant d'être responsable de son état actuel, elle porte sur son visage le signe de la tristesse qu'elle manifeste dans ses rares paroles.

Les traits du visage sont tombants, les yeux, perdus

dans le vague, semblent poursuivre un songe continu.

Cette malade ramène toutes ses émotions à sa tristesse, et se refuse à faire état de tout autre sentiment.

Aucune émotion intercurrente, ne peut la déridier, ni l'arracher à sa méditation prolongée, à laquelle elle retourne entre deux lambeaux de conversation.

Elle s'exprime par sous entendus faisant des réticences à ses confidences qui, toutes, visent sa détresse, « Je ne peux, déclare-t-elle, ni vivre, ni mourir. Les idées m'ont perdues ».

Elle occupe ses loisirs à écrire des lettres de deuil, traduisant son triste fatalisme. »

Chez de telles malades, dont l'étude confine à la psychiatrie, et chez qui les troubles mentaux dominent le tableau, et commandent tant l'idéation que l'expression, il ne saurait être question de pratiquer des recherches plus poussées de discrimination entre son masque émotif et ses émotions.

Il suffira de noter que cette expression d'hébétéude ou de méditation, ne cède à aucune des émotions que l'on s'efforce de communiquer à la malade, mais que celle-ci n'intègre peut-être pas.

Les idiots.

Les idiots, sans appartenir à proprement parler, à la neuro-pathologie, peuvent être étudiés ici, étant donné leurs nombreux représentants, admis sous le titre de chroniques dans les hospices, leur état psychique ne nécessitant pas le placement parmi les malades mentaux dans les asiles d'aliénés.

L'expression de leur visage, dont la description est surtout due à MIGNARD, fut particulièrement étudiée du point de vue aliéniste.

Il sera donc curieux de comparer cette expression à leurs sentiments intimes, ou du moins à ce que nous leur en pourrions trouver, pour juger de l'effectivité apparente et réelle de ces sujets.

Leur faciès observé au repos, alors que le malade ne manifeste aucune activité verbale ou psychique, sera la reproduction parfaite de l'inexpression atone, aucune mobilité ne donnant l'expression de la vie intérieure.

On a pu dire que le film d'un visage humain dans ses moments de repos et durant son sommeil serait varié et présenterait de fines expressions changeantes selon les impulsions de la réflexion, de la rêverie ou du rêve.

Nous croyons pouvoir avancer que le film du visage de l'idiot se pourrait résumer en une plaque photographique unique, l'inexpression, à quelque moment qu'elle soit considérée ne subissant aucune variante ni aucun éclair vital.

C'est à ce type de l'idiot atone et inexpressif, que nous pourrions rattacher l'observation d'un de nos hospitalisés de Paul-Brousse, M. K... (obs. n^o 7) au « visage quasi bestial, sans mobilité ni expression.

Le nez élargi, les lèvres épaissies et saillantes, le menton effacé, les sourcils tombants, les yeux gros et exorbités, avec un strabisme externe gauche, le crâne volumineux, les pommettes saillantes, constituent un masque difforme, dans lequel le regard vide n'apporte aucune lueur de vie. »

MIGNARD donne de l'idiot une description identique, au point de vue de l'immobilité des traits et de la permanence de l'expression, mais il semble avoir surtout envisagé des individus présentant le type du béat satisfait, chez lesquels le sourire dénaturé et figé n'est d'ailleurs qu'une forme de l'inexpression.

Il attribue à l'idiot « un sourire toujours épanoui sur

sa face indifférente », et il analyse ainsi cette expression qui chez de tels sujets n'a de sourire que le nom :

« Quant au sourire, cette expression si fine et si mobile qu'on ne peut en prononcer le nom sans évoquer aussitôt les plus divers et les plus séduisants aspects de la physionomie humaine, quelle lourde et bestiale grimace devient-il chez beaucoup de nos sujets. Pour tous il traduit l'hébétude, l'ahurissement heureux. »

La bouche s'ouvre large, les commissures des lèvres sont tirées horizontalement, sans être relevées, comme dans le sourire normal, les joues restent assez flasques ; l'œil sourit à peine, à demi-voilé sous le rideau de la paupière supérieure qui retombe ; la paupière inférieure n'est généralement pas relevée, ni froncée en ce geste délicat qui affine le sourire ; à peine la peau de l'angle externe de l'œil est-elle plissée. Les sourcils généralement ne participent pas à cette mimique, ou bien ils sont relevés, contrastant avec la semi-occlusion des paupières ; les lèvres sont molles.

Voilà le type d'expression du bêt satisfait. »

Tous ceux qui contempleront ce sourire bêt si spécial, en ressentiront un sentiment de malaise et de tristesse, plus profond que celui que leur pourrait inspirer la vue d'un neurasthénique ou d'un mélancolique.

Nous ne nous poserons pas la question de savoir si cet aspect de satisfaction tranquille et heureuse répond à un sentiment correspondant, la description que nous en avons rapportée montre trop que ce sourire est sans âme.

Plus intéressant il sera de savoir si ces déchets humains, qualifiés d'idiots, dans leur inexpression totale ou souriante, gardent encore des émotions se manifestant sous le couvert de leur masque.

Nous avons effectué cette recherche sur notre malade

(obs. n° 7) dont l'état psychique était tel qu'on l'avait fait hospitaliser dans une salle de « gâteaux ».

« Il était curieux de chercher sur ce visage, ou seuls transparaissaient les reflets d'une vie véritablement végétative, quelles étaient les expressions des diverses émotions que nous lui pouvions communiquer.

Ce fut d'ailleurs une surprise de découvrir chez lui certaines réactions verbales témoignant d'un reste de lucidité d'esprit que ses traits célaient.

Etes-vous fatigué dans ce nouveau service ? voulez-vous un fortifiant ? voulez vous des piqûres ? A ces mots, et sans que ses traits varient, M. K... de répondre : Pas besoin de piqûres, je suis bien assez piqué comme cela ».

Un peu plus tard, l'interrogeant sur ses souvenirs affectifs, nous lui demandons ce qu'est devenue sa mère. « Elle est morte, dit-il, et il ajoute : « Morte et enterrée », ce qu'il va répéter à plusieurs reprises, voyant que cette phrase nous fait sourire.

Mais pas plus dans sa réponse spontanée, que dans les répétitions voulues qu'il en fait, aucune expression ne peut être saisie sur son visage dégénéré.

Les questions simples, que nous lui posons, entraînent des réponses de l'ordre de celles que nous venons de citer, et il semble que l'embryon de psychisme qui lui est imparti ne prenne part à la vie extérieure qu'à travers un masque difforme, semblable à ces masques burlesques derrière lesquels, au soir de Carnaval, les enfants se plaisent à parler et, en rendant leurs sourires invisibles, à dissimuler leurs mimiques expressives ».

Il y aurait donc une dissociation entre une émotivité apparemment absente, et un reste d'émotion décelable par l'interrogatoire.

Dans un sens opposé, nous rappellerons ce malade

du Dr BROWN, qui, se plaignant d'avoir reçu un coup d'un de ses compagnons et manifestant par ses paroles une douleur et un mécontentement très grand, entre-coupait l'exposé de ses doléances, de véritables explosions de joies, tandis que son visage s'illuminait de larges sourires.

Le Tétanos.

Le masque que l'on rencontre dans le tétanos est trop curieux et trop paradoxal pour ne pas être rappelé.

L'observation de ce faciès est actuellement de plus en plus rare, excepté sur certains terrains particulièrement tétanifères, et dans quelques régions industrielles. Mais on n'a que rarement l'occasion de le remarquer dans les services hospitaliers.

Sa description typique est celle qui se rencontre à peu près uniformément sur tous les visages tétaniques.

Ce visage représente une expression stupéfiante. Sa raideur générale lui donne une extrême fixité, sur laquelle l'action des muscles de la face va déterminer un rictus particulier. Le front est plissé, les ailes du nez sont relevées, les joues semblent rehaussées, et, plus que tout cela, les commissures labiales, attirées au dehors et distendues, découvrent les mâchoires, bloquées l'une contre l'autre, et, aidées de la saillie des masséters contracturés, donnent au visage une expression souriante.

Ce sourire d'ailleurs est très particulier ; il constitue « le rire sardonique ».

Celui-ci est encore exagéré dans son expression cynique par la contraction des orbiculaires des paupières qui laissent grands ouverts les yeux, dont la mobilité, la flamme et la vie sont rigoureusement conservés.

Et c'est l'association de ce regard lucide, à travers lequel luit une intelligence conservée, et des souffrances atroces que ressent le malade, avec des paroxysmes fréquents, qui fait de ce rire tout mécanique une mimique pénible à considérer, le contraste entre l'expression et l'émotion réelle étant ici trop paradoxal.

Maladies diverses.

Quelques autres affections nerveuses présentent également des faciès particuliers, sur lesquels aucune expression ne se peut manifester, hormis celle que la maladie y a fixée.

Ces masques aux expressions supprimées sont moins connus que les précédents, et nous ne ferons que les citer.

Le faciès de la paralysie labio-glosso-laryngée est un des plus typiques. Nous décrirons le mécanisme producteur de son aspect hébété, pleurard et atone, lorsque nous étudierons les maladies au masque expressif dissocié.

La sclérose latérale amyotrophique, dont la paralysie labio-glosso-laryngée sera parfois la terminaison, présente un faciès bien voisin du précédent. Le visage est immobile, il y a une véritable absence de physionomie, dit BRISSAUD. Parfois il perce dans ce masque inerte une expression de surprise, d'étonnement.

C'est encore un visage ressemblant aux précédents que donnera la double paralysie faciale. Tous les muscles faciaux étant paralysés, la face est figée, marbrée.

Le faciès myopathique, à type de LANDOUZY et DÉJÉRINE, est très particulier. Les lèvres grossies, immobiles, la bouche entr'ouverte, font que le malade, selon

l'expression de DÉJERINE, rit dans sa moitié inférieure.

Dans l'ophtalmoplégie externe, la paralysie des muscles extrinsèques des globes oculaires détermine une immobilité absolue des yeux, avec chute des paupières. Le visage en reçoit un aspect triste et hébété.

Bien qu'il n'appartienne pas aux maladies nerveuses, le faciès que l'on rencontre dans la sclérodermie peut être rapproché des précédents par son absence d'expression, son immobilité et son indifférence. La peau desséchée, interdit aux muscles de la mimique de revêtir une expression changeante et immobilise les traits.

Ces différents masques servent à exprimer instinctivement, tous les sentiments qu'éprouvent les malades, et font qu'entre l'affectivité psychique et le monde extérieur un rideau épais est tendu au niveau du visage, c'est-à-dire précisément de cet interprète habituel des sentiments et des émotions.

Suppression de l'expression émotive par anarchie des mouvements expressifs.

Auprès des diverses maladies, que nous venons d'examiner, il y a certaines affections de la neuro-pathologie, dans lesquelles l'expression émotive est également supprimée, mais par un mécanisme inverse de celui qui réalisait l'immobilité physionomique.

Le processus en cause, repose en effet entièrement dans la véritable anarchie des mouvements expressifs, que nous rencontrons dans la maladie des tics, et dans l'athétose double. Différent de l'immobilité faciale, ce trouble de la mimique ne saurait cependant être assimilé

aux expressions libérées. Dans celles-ci en effet, c'est le mécanisme inhibiteur qui est atteint, et ne peut plus arrêter l'expression dans son déchaînement et sa durée. Au contraire dans les tics, et dans l'athétose, nous nous trouvons en présence de mouvements spasmodiques déterminés par la lésion nerveuse et qui, loin de réaliser une expression définie, entraînent une série d'expressions, dont aucune ne dure assez longtemps pour donner son nom à l'aspect du visage.

Maladie des tics.

Dans la maladie des tics, l'anarchie musculaire du visage, sera plus ou moins prononcée, allant du simple clignement de l'œil à la distorsion de toute la face.

C'est dans ce cas extrême et dans les cas qui le voisinent, que l'étude des tiqueurs est intéressante pour l'expression émotive.

L'intensité des tics peut varier, pour prendre son acmé lors de l'agitation ou de l'effort. Le sommeil lui-même ne les fait pas disparaître totalement.

L'examen de ces malades peut présenter une intelligence et une affectivité d'une intégrité parfaite. Mais quelles que soient les nuances affectives que la conversation peut révéler chez eux, leur visage ne s'en fait aucunement le miroir, même si l'émotion est très intense. Les sourires et le rire se fondent dans des mouvements contradictoires, et les larmes, si l'émotion les fait surgir, ne trouvent aucun écho mimique reconnaissable sur la physionomie.

L'observation de Mme R... (obs. n° 8) montre l'inexpression anarchique de la maladie des tics. Cette malade présente des tics intéressant tout le visage.

« Ses émotions ne sont justiciables d'aucune expression, étant donné l'intensité des secousses du visage ; toute mimique spontanée ou volontaire se perd dans l'anarchie des mouvements de la face. Les émotions agréables n'engendrent qu'un sourire indistinct, et presque imperceptible dans la multiplicité des mouvements contradictoires de la face.

L'expression dominante semble être celle de la tristesse, par le jeu des nerfs et des muscles. Les frontaux et les sourciliers creusent des rides au front, les orbiculaires palpébraux ferment les yeux, les zygomatiques contractent les commissures labiales, et le peaucier raidit toute la région du cou.

Mais cette expression, pour plus fréquente qu'elle soit, n'en est pas moins précédée et suivie de réactions mimiques différentes et la malade ne semble pas avoir son affectivité impressionnée par le feu roulant de ses expressions successives. »

BRISAUD fait observer que sous l'action de leur subconscient, ces malades, ayant obéi à l'impulsion de leurs tics, éprouvent un soulagement, une satisfaction, et il estime que cela prouve une certaine participation psychique.

Or, cette satisfaction, n'entraîne, en aucun cas, une nuance affective s'apparentant à l'expression donnée par le jeu des tics ; et surtout, elle ne se peut rencontrer que dans le tic banal et localisé, car une malade, comme celle dont nous avons relevé l'observation, présente une telle succession ininterrompue de secousses, que tout soulagement est impossible, et que seule l'inattention psychique peut expliquer la possibilité de supporter de tels grimacements continus.

Nous pouvons rapprocher de la maladie des tics, certaines chorées qui présentent des agitations inexpressives

comparables de la face. Cependant, la chorée chronique de HUTINGTON, a très souvent, des manifestations mimiques plus systématisées, et plus expressives d'émotion données.

Nous les reverrons lorsque nous traiterons des expressions libérées.

L'athétose double.

Ce qui vient d'être dit de la maladie des tics, se pourrait répéter pour l'athétose double.

Là encore, nous observons des mouvements spasmodiques, sans aucun rythme.

Mais cette fois, tout le corps sera intéressé dans cette danse des muscles, les mouvements athétosiques se produisant autant aux membres qu'au visage.

Ils seront peut-être un peu plus amples, moins courts que les tics, mais au visage ce sera une succession sans rythme de mouvements rapides et contradictoires, rapelant de bien près ceux des tics. Ils créeront aussi des faciès tourmentés, agités, sans immobilité même passagère.

Ces mouvements faciaux vraiment extraordinaires, donnerons naissance à des expressions variées dont le rythme de succession n'aura que bien peu à envier à la rapidité que nous avons rencontrée chez les tiqueurs.

L'un de nos malades M. M... (observ. n° 9) présente une athétose double en évolution depuis son enfance.

« La manifestation dominante chez ce malade, est constituée par l'athétose faciale. Les mouvements du visage sont continuels avec des paroxysmes, en rapport avec l'émotion, la conversation, l'effort musculaire, et avec sédation nocturne.

Les secousses spasmodiques affectent le front, les

sourcils, la bouche, les joues, les globes oculaires, et de temps à autre, une secousse plus brutale, rejette la tête en arrière.

Ses réponses sont rendues difficilement audibles par le trouble spasmodique de la parole.

La gaieté ou la tristesse, la joie ou le chagrin, ne s'expriment que par des grimacements désordonnés, et si d'aventure, la grimace exprime un sourire, ce n'est que hasard de rencontre de la contraction simultanée des muscles traducteurs de cette expression. On la constate en effet à l'occasion de n'importe quel sujet, selon le caprice anarchique du jeu des muscles faciaux.

Toute expression d'émotion sur son visage n'est que transitoire et au cours de la même conversation, le sourire le plus caractérisé alternera plusieurs fois avec la mimique de la douleur la plus déchirante ».

Sur de semblables sujets, est-il possible de mettre en évidence une émotion quelconque ? Oui, par l'interrogatoire et la recherche des sentiments intérieurs ; mais certes pas, par l'expression physionomique.

Il ne semble pas, en effet, qu'il y ait existence d'émotions correspondantes à celles que paraît exprimer le jeu de certains groupes musculaires, celui des muscles de la moitié inférieure de la figure en particulier.

L'étude affective de notre précédent malade, aboutit à cette conclusion : « Les réponses qu'il fait à notre interrogatoire et les sentiments qu'elles expriment n'ont aucune corrélation avec l'expression de sa physionomie, et par contre-partie, il ne saurait être question chez lui, de rechercher en quelle mesure l'expression d'un sentiment peut influencer son état affectif. En effet, si « ondoyant et divers » que puisse être le cerveau humain, il lui serait bien malaisé de varier ses sentiments avec

la vélocité avec laquelle le faciès varie ses mimiques. »

A un semblable résultat, nous conduira l'observation n^o 10, de Mlle C... dont des mouvements continuels agitent le visage, et le rendent incapable de toute expression émotive, faisant d'un sourire une grimace, fort peu différenciable chez elle de l'autre grimace qu'est un sanglot.

Avec Mlle P... (obs. n^o 11) nous avons un tableau un peu différent sur une face asymétrique, l'athétose étant surtout manifeste à gauche. L'affectivité est plus émue que sur nos deux autres sujets ; sa figure traduit une euphorie véritable, et une satisfaction quasi béate. Son sourire continuel disparaît à peine dans les petits ennuis et reparaît aussitôt, sa gaieté semblant indifférente aux mésaventures de l'existence.

Cette dernière malade présente un mélange expressif appartenant à l'idiot et à l'athétosique, les mouvements spasmodiques unilatéraux venant faire grimacer une face à peu près stabilisée en un sourire.

Quelque variété que présente le détail des observations, nous nous trouvons toujours en présence de visages sans expression déterminée, soit que tous les muscles se contractent en un aspect atone, soit, au contraire, que chaque groupe musculaire agissant pour son propre compte, le visage se dissocie en grimaces contradictoires.

Les expressions émotives libérées.

Ainsi que nous l'avons vu précédemment, rares sont les maladies que l'on peut classer de façon absolue parmi celles dont l'expression est libérée et celles dont l'expression est supprimée.

Les cas cliniques, constituant l'une et l'autre catégorie, appartiennent la plupart du temps à une même maladie dont l'expression mimique au repos sera différente de celle qu'elle présentera sous une certaine excitation.

Dans ces conditions, au contraire des expressions supprimées dont chaque type appartenait à une maladie qui se pouvait étudier séparément, les expressions libérées constituent par elles-mêmes des types étudiés globalement et dans lesquels les maladies viendront s'inclure.

Les divers types d'expressions libérées peuvent intéresser les émotions de la joie ou de la douleur, de la peur, de la confusion, de la colère, chacune de ces émotions pouvant se retrouver libérée sans frein ni contrôle dans diverses maladies.

La place principale, parmi toutes ces émotions reviendra à la joie, et à la douleur, ou plus exactement aux deux réactions mimiquées qui sont censées les représenter et les traduire : le rire et le pleurer.

Ce sera donc à l'étude de cette double expression qui

devient en pathologie, lorsqu'elle a perdu tout rythme et toute mesure, le rire et le pleurer spasmodiques que nous nous attacherons le plus longuement, afin de les décrire dans leurs manifestations, au cours des diverses maladies qui les présentent, dans leur mécanisme moteur et leur processus émotionnel éventuel.

Le rire et le pleurer spasmodiques.

Nous avons vu, en étudiant le mécanisme périphérique de l'expression émotive, le mécanisme musculaire du rire et du pleurer normal.

Dans la pathologie, ce mécanisme sera le même avec une forme plus exclusive et une intensité maintes fois accrue.

Le déchaînement mimique qu'il constitue a été l'objet de l'étude de nombreux auteurs et, bien souvent, il a retenu l'attention des neurologistes et des psychologues.

On a parfois soutenu que les expressions du rire sont un miroir fidèle des réactions intérieures de l'homme, et certains ont voulu faire de l'absence du rire un test de sagesse parfaite. C'est ainsi que, voulant faire du Christ le modèle de la sagesse, des psychologues ont souligné qu'il n'avait jamais ri. Et l'on rapporte cette anecdote du gouverneur de Bythinie qui, chargé de faire un rapport sur le Christ, écrivait : « C'est un homme d'une beauté plus qu'humaine, on ne l'a jamais vu rire, mais on l'a vu quelques fois pleurer ».

Il serait peut-être excessif de donner au rire une telle importance dans la psychologie humaine.

D'ailleurs combien souvent est-il, ses formes pathologiques mises à part, le résultat d'une excitation nerveuse sur laquelle la sagesse de l'homme, si éprouvée soit-elle, ne peut rien.

Nous ne voulons pas insister sur le fou-rire incoercible, qui peut en certaines circonstances se manifester sur l'individu le plus sain et le plus calme au naturel.

Mais il y a entre le rire normal et le rire pathologique confirmé, une forme curieuse dont l'origine serait intéressante à rechercher ; c'est un rire explosif et incontrôlable que présentent certains sujets.

Nous avons pu constater chez un élève d'une grande école, un syndrome de ce genre. Chaque fois qu'il allait à un spectacle quelconque, dès le rideau levé, il se livrait à une crise de rire, tel qu'il dût renoncer à toute soirée théâtrale.

Telle autre personne qu'il nous fût également donné d'observer, sans pouvoir malheureusement poursuivre plus loin un examen clinique, manifestait une douleur profonde et versait des larmes abondantes à toute représentation spectaculaire, que la nature en soit gaie ou triste.

Ces deux sujets qui étaient apparemment sains, ne présentaient à un examen, certes très sommaire, aucun autre trouble manifeste de leur système nerveux ou de leur émotivité.

Ces exemples, et ceux que rapporte Dumas, inclinent donc à croire qu'il existe chez le sujet normal un rire forcené, qui sert de transition avec les accès dont nous allons maintenant commencer la description.

Le rire spasmodique dont le processus se confond avec le pleurer spasmodique, les deux phénomènes se succédant souvent, présente un certain nombre de

formes à l'aspect commun, mais à l'intensité variable, selon les maladies qui le déterminent.

On rencontre plus particulièrement cette expression libérée au cours de certaines lésions hémiplegiques, pseudo-bulbaires (avec des foyers d'hémorragie, de ramollissement, de désintégration lacunaire), de la sclérose en plaques, de certaines chorées, chez des débiles et aussi au cours de quelques formes de la maladie de Parkinson.

Sur les premières de ces maladies, l'hémiplégie, la paralysie pseudo-bulbaire, et la sclérose en plaques, DUPRÉ, BRISSAUD et LHERMITTE ont fait de nombreux travaux qu'il est intéressant de rapporter en même temps que d'y comparer nos observations personnelles.

Les plus typiques de ces malades sont les paralytiques pseudo-bulbaires qui présentent des crises violentes et prolongées, rarement rencontrées dans les autres maladies que nous avons mentionnées.

Ces crises débutent sous une certaine excitation, et, après avoir esquissé un sourire ou une contraction indéfinie, la face réagit et commence à exprimer les caractères extérieurs d'un rire qui va se prolonger d'une façon désordonnée. Les convulsions expiratoires incoercibles agitent le thorax, cependant que la face est rouge violacée et que le malade se courbe en deux, dans sa folle hilarité. Si un arrêt survient dans cette crise, elle renaît à la moindre excitation, au moindre regard qui se posera sur le malade, avec une intensité accrue. Et ces reprises se reproduiront jusqu'à ce que les sphincters se relâchent. Souvent, cette crise de rire se changera en sanglot et, comme le fait observer DUPRÉ, « toutes les expressions intermédiaires et contradictoires entre le faciès qui rit et le faciès qui pleure, pourront la plupart du temps, être saisies sur la figure des patients avec

leur transformation, leur mélange et toutes ces modifications, ces troubles de l'expression mimique qui caractérisent ce syndrome ».

Le tableau typique du mécanisme de ces crises se rencontre chez un de nos malades, dont nous citons la partie de l'observation qui a trait à la description de ce déchaînement du rire (observation n° 13). « Il est fréquent de rencontrer dans les couloirs de l'hospice Paul-Brousse, ou dans les rues avoisinantes un homme d'une soixantaine d'années, portant la tenue de drap bleu des vieillards qui s'en sont remis à l'Assistance départementale du soin de pourvoir à leur existence, et qui, adossé à un mur ou assis sur un banc, rit d'une façon désordonnée, violente, inextinguible, d'un de ces rires que les Dieux de l'Olympe, grands rieurs, dit-on, n'eussent certes point renié. Pour le prétexte le plus futile un accès de rire se produit. Ses yeux se plissent alors, sa bouche s'entr'ouvre, un sourire rapide se dessine, auquel succède bien vite un éclat de rire, qui, discret au début, va se faire de plus en plus intense, et de plus en plus rapproché, obligeant le malade à se courber en deux s'il est debout, ou à s'asseoir, le faisant frapper ses mains contre ses cuisses, se tordre littéralement jusqu'à ce qu'il bave, que des larmes sourdent et coulent sur son visage et qu'enfin, apparaisse sur son pantalon, la tache sombre s'élargissant qui va traduire le relâchement des sphincters.

Et cet accès avec une telle intensité se reproduira de multiples fois dans la journée. »

Ce rire extraordinaire et pathologique se propage selon un déterminisme invariable et que rien ne modifie, ne ralentit ou n'arrête, déclare BRISSAUD. Il s'apparente au rire énorme que Victor Hugo attribuait aux

Dieux de l'Olympe. Du rire de notre malade, il pourrait aussi écrire :

« L'éclat de rire fou, monta jusqu'aux étoiles. »

De ce rire, nous pouvons rapprocher le pleurer spasmodique, qui se rencontre fréquemment chez les pseudo-bulbaires, parfois comme nous le précisons plus haut, chez le même malade.

La douleur qu'il manifeste n'est pas moins remarquable, et son expression mérite autant la description.

« M. M... (observ. n° 12) à notre approche commence à pleurer. Larmes silencieuses d'abord, qui, très vite éclatent en longs sanglots, qui se renouvellent, se reproduisent sur un rythme accéléré, cependant que la face rougit, se violace, que les jugulaires deviennent turgescents et que le corps est agité de secousses périodiques.

Toute parole exagère les pleurs spasmodiques. Puis l'accès se calme lentement pour reprendre à notre premier mot, ou notre premier geste. »

Devant de telles descriptions, que nous pourrions répéter à l'infini, les détails ne variant presque pas d'un malade à un autre, une première question se pose : ces sujets sont-ils conscients et leurs manifestations émotives incoercibles ne sont-elles pas la signature d'une véritable dégénérescence intellectuelle ?

Certes il y a un certain nombre de ces malades qui présentent des foyers lacunaires d'hémorragie ou de ramollissement, dispersés tant sur les centres dirigeant la mimique que sur les autres centres de l'activité cérébrale. Et chez eux nous trouverons une déficience des facultés intellectuelles. Mais auprès de ces cas, la majorité de nos sujets sont très présents, et ce trouble de l'expression est la seule manifestation pathologique du système cérébral que l'on constate chez eux.

Lorsque DÉJERINE écrivait que « l'émotivité exagérée que l'on observait chez ces malades était la conséquence du déficit intellectuel qui existe constamment chez eux », il semble qu'il inférait alors du particulier au général.

La réplique lui est donnée par la majorité des auteurs. BRISSAUD soutient que « ces malades possèdent toutes leurs facultés, bien qu'on soit tenté à première vue de les en croire privés ». DUPRÉ écrit que « l'on peut saisir le contraste entre l'intégrité relative des facultés mentales et la perturbation profonde des facultés d'expression » et il cite, à l'appui de cette thèse, l'exemple d'un de ses malades, âgé de 62 ans, qui, hors de ses crises, apprend à écrire de la main gauche — c'était un hémiplégique droit — participe aux conversations, effectue des calculs et des lectures. Il ajoute que plus tard, son état s'aggravant, une démence véritable s'ensuit, prenant la place des crises de rire et de pleurer spasmodiques.

Telle est d'ailleurs la constatation que nous avons pu faire chez un malade M. D... (observat. n° 13) « l'examen psychique révèle qu'il est très présent dans le temps et l'espace. Il situe l'hôpital, donne la date, rappelle sa profession et semble au courant de la situation politique de son pays originaire, l'Italie. Il raconte son existence dans les grandes lignes ».

Mme B... (obs. n° 14) qui présente un syndrome pseudo-bulbaire récent et des crises alternées de rires et de pleurs « a un psychisme normal, hormis une tendance au mysticisme qui n'intervient pas dans la liberté de ses facultés intellectuelles. Elle est très présente, de conversation plutôt cultivée, recherchant ses phrases, et d'une tenue nettement supérieure à l'intellect moyen des hospitalisés chroniques ».

Mais il ne faudrait pas tomber dans un excès con-

traire, et systématiquement attribuer à ces malades des ressources intellectuelles, qui parfois subissent des atténuations, selon un rapport proportionnel à leur âge, à leurs altérations vasculaires, à l'étendue et au nombre de leurs lésions centrales.

Ainsi Mme B... (obs. n° 15) ajoute à ses manifestations de pleurs spasmodiques, une déchéance intellectuelle complète. « Entièrement désorientée, présentant de la « Jargonaphasie », sans réaction devant les ordres écrits qui lui sont présentés, elle ne sait que répondre de façon décousue, intercalant sans cesse : « Je ne peux pas » entre ses lambeaux de phrases ».

Dans l'ensemble, on peut admettre avec la plupart des auteurs, qu'à côté des malades qui présentent un déficit intellectuel très prononcé, il existe des malades ayant une intelligence à peu près intacte et présentant des crises de rire et de pleurer dans toute la pureté de l'élément spasmodique.

Auprès de ces malades à type de ramollis dont l'intelligence est plus ou moins conservée, BRISSAUD cite le cas de sujets jeunes et bien doués qui présentent des crises de cet ordre. Tel le cas de cet étudiant en médecine syphilitique qui dut renoncer à lire des romans, car les mésaventures des héros lui causaient alternativement des crises de sanglots et de rire. Tel aussi, l'observation rapportée par BECHTEREW, d'un jeune homme qui pleurerait dès qu'on le regardait. BRISSAUD rappelle également le cas d'un homme qui fondait en larmes chaque fois qu'il entendait prononcer le mot « regrettable ».

C'est en tablant sur des cas de ce genre que l'on a pu soutenir la participation intellectuelle du déclenchement des crises, celles-ci n'étant pas produites par une excitation quelconque, mais seulement par une raison psychique. Le sujet de BRISSAUD n'aurait aucune réaction

au chatouillement, mais il entre en crise à allure effective au prononcer du mot « regrettable ».

La participation de l'élément intellectuel étant envisagée et surtout la conservation plus ou moins intégrale des facultés psychiques étant déterminée, pour la plupart des cas, le problème qui reste à résoudre sera le suivant : Y a-t-il corrélation entre les expressions du rire et du pleurer spasmodiques et l'état affectif concomitant du sujet ?

On peut encore décomposer la question en se demandant si d'une part, lorsqu'il manifeste une émotion, le malade éprouve cette émotion et si, d'autre part, l'émotion ainsi exprimée entraîne un sentiment correspondant.

A cette double question, il semble bien que l'on doive répondre deux fois par la négative.

En effet, ce rire anarchique semble privé d'âme et ne s'accompagne d'aucune émotion correspondante. Sur ce point, tous les auteurs sont d'accord.

DUPRÉ cite le cas d'un de ses malades qui au milieu de ses crises spasmodiques, sa parole étant empêchée par les secousses de sa mimique violente, faisait avec les mains des gestes de dénégation, par lesquels il faisait comprendre que son intelligence ne s'associait pas à sa mimique et que son sentiment souffrait d'être ainsi trahi dans son expression.

Nous avons eu la bonne fortune de rencontrer dans le Service de notre maître, le Professeur LHERMITTE, à l'Hôpital Paul-Brousse, parmi nos autres observations, celle d'un malade pseudo-bulbaire qui, pour protester contre cette mimique bruyante et larmoyante qui l'empêchait d'exprimer tout sentiment, effectuait également des gestes de dénégation avec ses mains.

M. M... (obs. n° 12) nous pourra livrer ses sentiments

à force de patience de notre part pour faire un récit cohérent des bribes, que nous obtenons au milieu de crises répétées.

Après l'avoir interrogé sur sa vie antérieure, nous lui demandons :

« Quand vous pleurez, avez-vous en même temps un sentiment de tristesse ? » Une crise de larmes se déclanche alors. Après quoi nous précisons notre question : « Si la crise, comme vous nous le dites, survient sans raison, sans que vous soyez triste au moment où elle se déclanche, du moins en pleurant, devenez-vous triste ? En pleurant, je ne suis pas triste, répond notre malade, mais la crise finie, je suis ennuyé de pleurer bêtement comme cela. »

A propos de cette réponse de notre malade, il est intéressant de noter un détail d'observation au cours de ses crises de pleurer spasmodiques.

Lorsque nous faisons la visite et passons devant son lit, sur une question de notre part quant à sa santé, le malade éclate en sanglots.

Mais dans ses larmes, avec son faciès rouge et sanglotant, sa gorge contractée, et incapable d'émettre un son, M. M... fait, avec ses bras, des gestes de dénégation, et si l'on a la patience d'attendre la fin de l'accès, il exprime alors son impuissance à dominer ses larmes et formule ce qu'il désire obtenir.

Notre interrogatoire terminé, nous lui tapons légèrement sur l'épaule en lui disant : « Ça va bien, aller vous reposer un peu maintenant ! » Et à cette phrase bien anodine, le malade déjà levé, commence à pleurer, essaie de prononcer un — au revoir — qui se fond dans un sanglot interminable et lentement se dirige vers la porte en faisant de ses deux bras des gestes de dénégation impuissante et résignée ».

Nous voyons ainsi, et d'autres observations le peuvent confirmer, qu'au moment où l'expression en cause se déclanche, et tout le temps qu'elle se manifeste, aucune émotion similaire ne se produit dans la conscience du malade.

Les mêmes observations montreront que ces explosions expressives, outre qu'elles ne répondent à aucun appel affectif, sont bien loin de produire un sentiment de même nature qu'elles chez les malades.

Pour BRISSAUD, beaucoup de ces sujets souffrent de cette disposition excessive au rire et au pleurer et ils savent tout ce qu'il y a de ridicule dans ces manifestations intempestives.

Ces transports extrêmes, ces crises de larmes interminables, n'entraînent aucun sentiment de même nature et le seul sentiment auquel ils donnent naissance, c'est l'ennui d'être affligés d'une telle libération expressive. Tous ces malades, loin de s'abandonner aux sentiments que devrait engendrer une telle émotion corporelle, s'efforcent de l'enrayer et sont précisément irrités de l'opposition qu'il y a entre le bouleversement de leur corps et le calme de leur conscience.

C'est d'ailleurs ce que montre l'interrogatoire de M. D... (obs. n° 13) dont nous avons décrit plus haut les crises de rire interminables. Nous y verrons que son rire ne répond en rien à la nature de notre conversation, et que la crise terminée, son affectivité n'en revêt pas pour autant une allure plus gaie :

« Il raconte son existence dans les grandes lignes. Marié à 25 ans en Italie, il vint en France où sa femme le suivit peu après. Mais après sept à huit mois de vie commune, elle le quitta, regagna l'Italie, et jamais plus il n'en entendit parler. Comme nous insistons sur ce fait qu'elle ne donna plus signe de vie, il part d'un large

éclat de rire en répétant « plus jamais ». Il a deux enfants vivants qui habitent la banlieue et viennent le voir chaque semaine. Il dit qu'il regrette de ne pouvoir vivre avec eux, et en exprimant ce regret, le rire le secoue.

Il ne s'ennuie pas, dit-il ; cependant il avoue, en riant, qu'il ne peut plus lire et le regrette.

Ses parents qu'il ne revit jamais depuis son émigration sont morts en Italie pendant son absence.

— Quand ils sont morts, je n'étais pas présent, et cela m'a bien chagriné ; et sur ces paroles il se perd en un véritable fou-rire. Un de ses frères est enterré à Vitry, nous apprend-il, dans un éclat de rire. Et comme il nous précise qu'il a des sœurs demeurées en Italie, nous lui demandons ce qu'elles sont devenues. — Elles doivent être mortes, s'esclaffe-t-il.

Avez-vous eu quelquefois envie de retourner là-bas ? d'aller sur la tombe de votre famille ?

— Non, répond-il et le reste de sa phrase se perd en un rire sonore.

Et tout souvenir gai ou triste, déclanche en lui un rire de cet ordre. Lui parle-t-on de son village natal Santa-Maria, il rit, d'un camarade, avec lequel il sortait souvent et qui est mort récemment, il rit ; du cimetière, où certains hospitalisés vont sur la tombe de leurs amis décédés, il rit formidablement, s'écriant :

— Je ne suis jamais allé au cimetière.

Un passage un peu plus délicat de cette conversation consistait à connaître les sentiments qu'il éprouvait alors qu'il riait, au moment où le mécanisme se déclanchait et après la fin de la crise. « Lorsque vous riez, est-ce parce que vous êtes gai, parce que vous pensez à un souvenir agréable ? Non, je ris sans raison. Et comme il rit en faisant cette réponse, nous lui demandons :

— Pourquoi riez-vous maintenant ?

— Je n'en sais rien ; cela m'est égal.

Il précise qu'après une crise de rire de cet ordre, il n'est ni gai ni triste.

Ses ennuis ne l'empêchent pas de rire, et il ajoute :

— Je ris tout le temps, joignant d'ailleurs l'exemple à la parole.

Revenu dans la salle et les accès se renouvelant, les malades qui l'entourent participent à la gaieté qu'il exprime. Et l'infirmière me déclare : — Il me fait rire, même quand je n'en ai pas envie.

Lorsqu'il rit de son rire décérébré, notre malade en a-t-il plus envie que l'infirmière, touchée par la contagiosité ?

Pour les parents des autres hospitalisés, M. D... est un malade extraordinaire, et plus d'une fois nous avons entendu un visiteur écoutant avec stupeur ce rire explosif, spasmodique, inextinguible, murmurer : — Si un jour je dois être malade, fasse le Ciel que ce soit de cette maladie-là ! »

Avec LHERMITTE, nous pouvons donc dire « que ces sujets dont la réaction émotionnelle est inadaptée, dysharmonique par rapport à la source génératrice, se montrent, lorsque leurs facultés d'analyse sont intactes, ce qui n'est pas exceptionnel, profondément humiliés, contrits, douloureusement affectés par l'explosion et le déchaînement hors de propos de ce que l'on appelle le rire spasmodique. Ces sujets sont, au propre, profondément tristes parce qu'ils rient ».

A ces malades, nous pouvons rattacher la très intéressante observation que nous rapporte dans l'*Encéphale* MM. GUIRAUD et DEROMBIÈS, sur un cas de troubles mimiques, que l'autopsie révéla être dû à une lésion en foyer du striatum.

« Brusquement ce malade se met à rire silencieusement avec une intense expression mimique ; son visage ensuite prend le masque de la frayeur, de la colère, de la joie. Ses expressions sont intenses et rapidement variables. Le corps tout entier participe à cette mimique. On a l'impression que ce malade éprouve réellement les états émotionnels qu'il exprime.

« Si l'on essaie dans les moments de calme de lui faire exécuter des ordres, chanter, secouer la main, s'asseoir, il y a un début d'exécution, puis interruption brusque par apparition d'états émotionnels parasites.

« Plus tard, la mimique faciale toujours très active, perdra toute valeur expressive. »

De l'autopsie de ce malade, les auteurs tirent certaines conclusions anatomo-pathologiques que nous avons envisagées lors de l'étude des centres expressifs.

Nous ne voulons ici que citer ces troubles de la mimique à type spasmodique, dans une lésion nécropsiquement définie.

La sclérose en plaques.

Du rire et du pleurer spasmodique que l'on observe dans la paralysie pseudo-bulbaire, on peut rapprocher celui que l'on rencontre dans la sclérose en plaques.

Le type descriptif en est le même, pouvant revêtir une semblable intensité et une allure aussi forcenée.

On ne doit pas le confondre, dans sa forme plus discrète, avec cette sorte d'inconscience heureuse, d'euphorie véritable, que présentent nombre de ces malades, sans aller cependant au delà des limites d'une satisfaction optimiste.

D'ailleurs le véritable accès spasmodique de la sclérose en plaques sera rarement discret et le plus souvent il

présentera une violence pouvant aller jusqu'à déterminer des phénomènes asphyxiques.

Quant à l'intelligence du malade, là encore nous pouvons reconnaître que dans la plupart des cas, elle est intacte. Pierre MARIE et DUPRÉ, ont insisté sur la dissociation qui existe entre les altérations psycho-réflexes de la mimique et les troubles psychiques. Les premiers pouvant se rencontrer sans troubles mentaux, et, au contraire, des troubles de l'intelligence pouvant ne pas être juxtaposés à des altérations mimiques. La corrélation de la mimique et des sentiments ne se rencontre pas davantage dans la paralysie pseudo-bulbaire. M. LANNOIS cite l'observation d'une jeune fille de 23 ans, hospitalisée dans son service pour sclérose en plaques, à la période ultime, qui présente des accès typiques de rire et de pleurer spasmodiques et chez laquelle le rire, tout au moins, ne correspond en aucune façon à l'état mental.

Les débiles.

Une très belle observation de MM. RODIET et COUDERC rapporte un cas de rire incoercible chez un débile mental (obs. n° 19).

Ce malade présente des crises de rire, s'apparentant au rire spasmodique, également brusques et incontrôlables.

De son histoire nous extrayons des passages qui ont trait au début de son affection et à la description de ses crises.

« En 1928, R... René, au cours d'une période militaire, rengage. Quelques mois après, il part pour Nancy en permission. Au cours de cette permission il contracte une blennorrhagie. Entré à l'hôpital militaire de Nancy,

il aurait subi une émotion violente quelques jours après son admission : un infirmier l'aurait soudainement éveillé au milieu de la nuit, en projetant vers lui la lueur d'une lampe électrique, et le malade rattache à cet incident, le déclenchement de ses crises. Quoiqu'il en soit, deux jours après, alors qu'il parlait à un voisin de lit, il se sent envahi par une gaieté non motivée et éclate d'un accès de fou rire. Depuis il est continuellement sujet à des crises incoercibles de rire et de pleurer.

Après diverses mésaventures, le malade entre à Ville-Evrard le 6 février 1931. Il se présente calme, lucide, et dans l'intervalle d'accès de rire incoercible, explosif et communicatif, il explique ces accès de gaieté par un état psychique affectif correspondant. Quand il rit, c'est parce qu'il se sent de bonne humeur, et, s'il pleure avant de rire, c'est parce qu'il sait qu'il ne peut pas s'empêcher de rire, et que, par suite, il se sent malade. D'ailleurs, malgré ses efforts, le rire éclate aussitôt après les larmes et après cette sorte « d'aura » triste et pénible.

Au moment de ses crises de rire, le malade perçoit une véritable « aura » qu'il décrit et qui est toujours la même. Quand il va rire, il éprouve une douleur aiguë à l'épigastre, pendant trois ou quatre secondes, avant que le rire explose, et cette douleur disparaît brusquement quand le rire cesse. S'il essaie de se retenir, ce sont les larmes et les sanglots qui apparaissent, et il ressent une douleur frontale en barre, très pénible, qui disparaît avec l'explosion de rire, succédant aux larmes.

Les auteurs concluent leurs observations en faisant remarquer que « le rire peut devenir une infirmité, et que c'est le cas de leur malade. Bien qu'il ne puisse pas s'empêcher de rire, d'un rire expansif, communicatif, et inextinguible, il est malheureux et son infirmité lui a valu de nombreuses mésaventures ».

Cette observation pourrait rappeler les cas que nous citons au début de l'étude des rires spasmodiques, et qui confinent à la normale et à la pathologie. MM. RODIET et COUDERC, après avoir repoussé les divers diagnostics qui se présentaient à eux, ont opté pour celui de rire incoercible chez un débile mental.

Nous trouvons, là encore, la non-concordance des expressions et des sentiments chez cet individu dont le rire entraîne le malheur de sa vie, ainsi qu'on peut le constater dans le texte intégral de l'observation *in finem*.

Les équivalents épileptiques.

L'émotion a très souvent été citée comme un des facteurs déclanchant la crise épileptique chez des individus présentant un terrain prédisposé. De plus, elle figure souvent parmi les aura psychiques annonçant l'imminence de la crise.

Mais certains auteurs font de l'expression intempes-tive de certaines émotions, un véritable équivalent épileptique.

TROUSSEAU et BRISSAUD rapportent certains cas d'un rire spasmodique qui n'était autre qu'un équivalent.

C'est d'ailleurs là, un des diagnostics différentiels que MM. RODIET et COUDERC avaient écartés dans leur observation du rire incoercible chez un débile mental.

Pour TROUSSEAU et pour BRISSAUD ces rires spasmodiques n'ont aucun correspondant affectif.

Chorée.

Les travaux de Pierre MARIE et LHERMITTE ont montré les troubles résultant des lésions du striatum, et ils ont insisté sur les chorées, de HUNTINGTON en particulier.

Nous avons vu précédemment le faciès anarchique qui résultait du désordre musculaire de cette maladie. Il est important de noter à propos des expressions libérées, les formes de rire à type spasmodique que l'on peut rencontrer dans les chorées, au cours desquelles les réactions émotives psychiques ne correspondent en rien aux manifestations mimiques.

RAULIN dans sa thèse cite l'observation d'une jeune fille de 13 ans 1/2, atteinte de chorée avec mouvements convulsifs des bras et des jambes, et qui présentait des accès de rire incoercible. Au cours d'un accès de ce genre, elle ne put maîtriser sa gaieté folle, même au chevet de sa mère qui était malade, et bien que, dit-elle, cette visite l'eut vivement émue.

Maladie de Parkinson.

La maladie de Parkinson elle-même, dont le masque est cependant typique de l'expression abolie, peut présenter certains cas où l'on observe des crises de rire à type spasmodique, involontaire, incoercible et mécanique.

Nous avons eu l'occasion de relever une observation de cet ordre chez un de nos malades de Paul-Brousse, qui présentait fréquemment des crises invincibles de rire. Mais il n'était pas question dans ce cas de rire violent, communicatif, s'exagérant et devenant forcené; c'était plutôt un rire léger et étouffé, du type moqueur. Ce rire, survenant également dans n'importe quelle circonstance, attira maintes mésaventures à notre malade. Celui-ci, par ailleurs très présent, nous a expliqué qu'il était désespéré d'avoir ce rire stupide, qui était bien loin d'interpréter ses sentiments.

Chez M. S... (obs. n° 4) ce qui attiré l'attention ce sont

des crises intermittentes d'un rire spasmodique, léger, discret, étouffé, ressemblant soit au rire moqueur, soit à de petites expirations nasales saccadées.

Ce rire survient par légers spasmes, à tout propos, au milieu d'une conversation intelligente et suivie.

Ainsi un petit rire de cette nature se produit, alors que le malade nous raconte que, délaissé par sa famille qui ne répondait pas à ses lettres, il apprit la mort de son frère par la lecture d'un journal. Tombé malade à 25 ans, il avait une amie, qu'il a depuis entr'aperçue une fois, et qui s'est mariée par la suite. Un rire étouffé ponctue ce rappel.

« Lorsque vous êtes seul et que ces crises vous surviennent, êtes-vous gai ? à quoi pensez-vous ? — Je ne pense alors à rien et ne suis pas gai lorsque je ris ainsi. — Il ajoute qu'au contraire, il est triste d'avoir ces rires involontaires survenant sans cause.

Ce rire étouffé et moqueur est à l'origine des ennuis qu'il a périodiquement avec la police parisienne lorsqu'au bout de sa course (nous avons décrit plus haut l'accélération progressive de sa marche) il tombe, et que, ramassé et interrogé, il répond par un spasme rieur.

Expression libérée de la frayeur ou de la confusion.

Ces crises spasmodiques que nous avons vues à l'occasion du rire et du pleurer peuvent revêtir l'expression de certaines autres émotions.

C'est ainsi que DUPRÉ cite un sujet atteint de paralysie pseudo-bulbaire dont les crises spasmodiques pre-

naient l'allure d'une peur intense, allant croissant et atteignant une véritable expression de confusion.

Dès qu'on s'approchait de lui, il présentait un tremblement, de la rougeur du visage, son pouls s'accélérait, son cœur battait à grands coups précipités et son rythme respiratoire s'exagérait.

Tandis que cette mimique devenait de plus en plus intense, le malade avouait : « Je ne sais pas pourquoi je tremble ainsi » ; il assurait ne ressentir aucune émotion, ni au moment où cette crise se déclenchait, ni du fait de cette libération expressive.

« Il avait une dissociation entre le sentiment et l'expression de l'émotion, et il présentait, dit DUPRÉ, dans le domaine de la psycho-réflexivité de l'émotion de la peur, un trouble identique à celui que manifestent dans le domaine de la psycho-réflexivité de la gaieté ou de la tristesse, les malades atteints de rire ou de pleurer spasmodique. »

Expression libérée de la colère dans la maladie de Basedow.

La description de la maladie de Basedow appartient trop à la clinique pour que nous la devions reproduire ici.

Les troubles de la musculature oculaire, l'exorbitisme des yeux littéralement projeté hors de la cavité orbitaire, la fixité du regard, son éclat, les difficultés des mouvements oculaires, donnent au masque un aspect tragique.

Les troubles de la vaso-motricité, les bouffées de chaleur, qui rendent le visage rouge et vultueux, achèvent

de faire du faciès basedowien le tableau de la colère.

Et cependant, ainsi que le souligne DUMAS, cette admirable expression coléreuse de l'exorbitisme basedowien ne correspond à aucune émotion ressentie. Et il ne s'agit ici que d'un mécanisme facial dont la production est indépendante des sentiments et de la volonté. Cet aspect du visage est donc bien ainsi une expression véritablement libérée, et insurmontable par tout autre mimique volontaire.

Les expressions anomaïiques.

Auprès de ces diverses maladies où les sujets exposent sur l'ensemble de leurs traits, des expressions physiologiques diverses, il existe une autre catégorie de malades chez lesquels la définition même de leur mimique est difficile ou impossible. Ce sont les sujets qui présentent une dissociation de leur expression faciale une partie de leur visage traduisant une expression, cependant que la partie opposée en caractérise une différente.

Au problème de la correspondance de leurs sentiments avec leur faciès, s'ajoute le problème nouveau de savoir laquelle des deux expressions qu'ils manifestent est la véritable, et parfois de savoir si le malade en réalité n'a pas dans sa conscience une affectivité qui ne correspond ni à l'une, ni à l'autre de ces deux réactions mimiques.

Cette dissociation peut se présenter dans le sens vertical, ou encore dans le sens transversal, la partie haute et la partie basse du visage revêtant chacune une expression propre.

Les dissociations verticales.

Ce sont les plus fréquentes et aussi celles, qui, à prime abord, se comprennent le mieux.

Effectivement dans la vie courante, il n'est pas rare de rencontrer un individu, dont chaque hémiface n'est pas

identique. Le borgne, déjà, présente une hémiface plus inexpressive, plus terne que l'autre. Le paralytique aura une moitié du visage qui sera plus molle, moins obéissante à ses directives nerveuses.

Mettons de suite de côté les latéralismes expressifs voulus, que nous retrouverons dans la pathologie de l'expression dans l'art et dont nous trouvons l'exemple le plus frappant chez le pitre, qui, faisant profession d'amuser ses contemporains, et étudiant dans ce but les diverses mimiques burlesques, s'arrête volontiers sur une véritable dissociation du visage qui lui donne un aspect mi-figue mi-raisin, une hémiface prenant un air sévère, cependant que l'autre moitié de sa physionomie revêt un aspect riant.

La mimique peut être dissociée par l'hérédité, et ce fut un point cher à FÈRÈ que de montrer le latéralisme expressif chez les dégénérés, chez les épileptiques, ce que MAGNAN exprimait en disant d'un névropathe « c'est un déséquilibré, un asymétrique ».

Le chapitre de la pathologie nerveuse où nous allons trouver le plus fréquemment cette dissociation latérale sera sans conteste celui des paralysies faciales, tant d'origine centrale avec hémiplégie, que d'origine périphérique, de nature variable comme nous le verrons.

Dans les formes nettes de paralysie faciale d'origine centrale, cette asymétrie est évidente à première vue.

Pour DUMAS dans certaines hémiplégies, si le facial supérieur est pris, de façon marquée, l'orbiculaire des paupières se contracte, la patte d'oie se marque de chaque côté des yeux et le sujet paraît être par tous les muscles contracturés de la moitié de son visage en proie à un accès de franche gaieté.

Mlle P... (obs. 11), hémiplegique gauche à la suite d'une encéphalite survenue à 18 mois, et dont la symp-

tomatologie est encore très riche, présente un aspect correspondant assez à la description de DUMAS :

« La face est asymétrique, déviée vers la gauche... Elle traduit une euphorie véritable et une satisfaction quasi béate. Le sourire continuuel disparaît à peine dans les petits ennuis pour reparaître aussitôt. »

Pour d'autres auteurs, la paralysie d'origine centrale fait que toute expression faciale est supprimée du côté paralysé ce qui devient encore plus manifeste lorsque le malade rit. Le contraste entre les deux hémifaces est alors saisissant.

C'est une constatation de cet ordre que nous avons faite sur Mme N... (obs. n° 18) qui depuis six ans présente une hémiplegie droite avec troubles aphasiques.

« Sa paralysie faciale droite persistante a entraîné des troubles considérables de l'expression spontanée et mimique.

Au repos, les commissures labiales sont déportées à droite, ainsi que le nez, cependant que l'œil gauche est plus ouvert et qu'on observe un larmoiement.

Le côté droit dans son ensemble revêt une expression de tristesse profonde. Si l'on fait parler la malade, on peut alors constater que le côté gauche participe au langage, tandis que le côté droit reste atone, et garde, sans changement, son air mélancolique.

En évoquant devant Mme N... les sujets susceptibles de lui attirer des sentiments tristes, on s'aperçoit que le côté gauche adopte une expression de tristesse, alors qu'à droite l'aspect mélancolique devient moins manifeste que précédemment.

Si nous lui demandons de prendre un air chagrin, cette mimique produit le même résultat, en l'accroissant.

La phase la plus curieuse de notre examen consiste

en la recherche de l'expression, ou plutôt des expressions faciales, en présence d'émotions agréables.

Quelques consolations sur son sort, une promesse d'amélioration et des boutades de l'infirmière dérident la malade de façon spontanée, comme dans un instant un sourire mimique sera figuré à notre demande.

Dans les deux cas, nous pouvons constater sur le visage un mélange curieux d'expression vivante et gaie à gauche alors que l'hémiface droite reste désespérément triste.

La dissociation du visage nous donne alternativement, selon que l'on voile l'une ou l'autre moitié, au cours de la même conversation gaie entre l'infirmière et la malade, l'expression de la plus franche gaieté à gauche avec les caractéristiques faciales de cette expression, et, à droite, la traduction d'une infinie tritesse.

L'observation la plus curieuse cependant se fait en regardant le visage de face avec cette juxtaposition hétéroclite de deux réactions émotives si différentes ».

DUPRÉ fait observer que, dans les dissociations physiologiques dues à des paralysies faciales de cette nature, on a pu constater des paralysies isolées de la mimique, avec conservation de la mobilité volontaire dans le domaine du facial, et que, par contre, on a parfois noté des conservations de la motricité mimique, coïncidant avec l'abolition de la motricité volontaire du côté paralysé.

Les latéralismes que l'on remarque dans les lésions périphériques présentent le tableau qu'en donne DUCHENNE dans une observation de paralysie faciale droite *a frigore*.

«... Malgré les contractures, les muscles du côté droit étaient restés privés de tous mouvements volontaires.

Lorsque le malade riait, il en résultait que la commis-

sure droite, qui auparavant était très élevée et tirée au dehors et qui avait attiré de son côté la commissure gauche, était entraînée à son tour vers la ligne médiane, par la contracture du grand zygomatique sain.

Il en résultait que le côté droit de la face, qui avait une expression de gaieté folle, même quand il était sous l'influence d'une impression triste, devenait très sérieux lorsqu'il éprouvait de la joie, laquelle était seulement exprimée du côté gauche.

Ce contraste entre deux côtés de la face, que l'on voit comme animés par des sentiments contraires, exprimant la gaieté à gauche, et la tristesse à droite, et vice-versa, donne à la figure de ce malade, la physionomie la plus singulière. »

Les malades présentant des paralysies d'une hémiface sont donc affectés de déformations variées des traits, dépendant de la contracture d'un nombre variable de muscles.

Au contraire de ces cas, chez lesquels la dissociation faciale est évidente, il y a un certain nombre de lésions du facial qui déterminent des latéralismes bien plus discrets, soit que leur forme soit fruste, soit qu'on les étudie au début de la maladie.

DUCHENNE a insisté sur le fait que la dissociation du rire demeurant unilatérale est une des premières manifestations de ces altérations nerveuses, que l'on remarque dans l'entourage des sujets atteints.

Il cite en effet, le cas d'une personne qui, sans avoir ressenti le moindre trouble sensitif ou autre, constata brusquement en dînant qu'elle avait perdu la sensation gustative du côté droit, et qu'elle peinait à amener les aliments de ce côté. Comme elle riait en contant ses impressions à ses voisins, ceux-ci lui firent la remarque qu'elle ne riait que du seul côté gauche.

Pour être les plus connues, ces causes d'hémimimie ne sont pas les seules. LANNOIS et PAUTET ont montré la fréquence, dans la production du mécanisme de dissociation mimique par lésion du facial, des affections de l'oreille.

Ces paralysies d'origine otique sont, selon eux, d'une discrétion extrême et ne se peuvent révéler que dans la mimique.

Dans sa thèse, PAUTET rapportait une observation de ce genre, ayant trait à une malade de 19 ans, qui, avec une mélancolie, depuis deux ans présentait :

- 1^o des troubles otiques caractérisés ;
- 2^o une hémimimie véritable, décelée par les mouvements.

« Lorsque la malade est au repos, nulle trace d'asymétrie, mais dès qu'elle parle on s'aperçoit que les mouvements sont plus accentués à gauche ; la bouche s'ouvre davantage et le pli naso-labial est plus marqué à gauche, alors qu'il est à peine visible à droite. Il en est de même dans le sourire. Dans le rire, la différence est moins sensible, mais elle existe. On peut donc affirmer qu'il ne s'agit pas du sourire triste, comme on serait tenté de le croire chez cette mélancolique. »

En concluant son observation, PAUTET déclarait que les lésions de l'oreille avait précédé les troubles parétiques modifiant la mimique (observ. n^o 22).

DUPRÉ, rappelant ces travaux, souligne la possibilité de lésions du nerf facial dans le canal de Fallope par des affections de l'oreille, qui ont ainsi une action sur la mimique,

Les dissociations mimiques verticales se retrouvent encore dans d'autres maladies que nous avons vues.

On les rencontre dans les paralysies pseudo-bulbaires,

et pour DUPRÉ, elles permettraient de préciser que les lésions dominantes siègent dans l'hémisphère opposée à la moitié du visage où le spasme est le plus manifeste.

Il rapporte le cas d'un malade qui, ayant gardé son intelligence parfaitement intacte, présentait des crises de rire et de pleurer spasmodiques prédominantes sur la moitié droite de son visage, alors que la paralysie était surtout considérable à gauche au niveau des membres. En voilant alternativement l'une et l'autre hémiface, on mettait en évidence l'asymétrie de ce trouble psychoréflexe.

Chez les Parkinsoniens également, on peut observer des localisations sur une moitié de la face. BRISSAUD a décrit des formes hémiplegiques de la maladie de Parkinson, et même des formes monoplegiques, dans lesquelles l'asymétrie faciale était manifeste.

« Le malade, tremblant de son bras malade, présentait un demi masque parkinsonien ; sur une moitié de son visage les traits étaient immobiles, le regard brillant et fixe, l'expression inquiète. »

On a observé des formes unilatérales de l'athétose, le masque grimaçant prédominant sur une moitié du visage.

Chez Mlle P... (obs. n° 11), les mouvements athétosiques sont surtout nets du côté gauche, d'où ils irradient sur le visage entier. Mais l'hémiface gauche est beaucoup plus secouée de mouvements que la droite.

Enfin, dans ces dissociations expressives verticales, la maladie de Basedow occupe une place, par ses formes unilatérales, telle l'observation d'un malade de KOENIG, qui présentait, entre autres signes, une exophtalmie unilatérale gauche et des bouffées de chaleur surtout à gauche. Le faciès qui en pouvait résulter devait présen-

ter une expression vultueuse, coléreuse, unilatérale, semblable à celle que nous avons rencontrée dans le Service du Professeur LHERMITTE à Paul-Brousse, et qui présentait un Basedow unilatéral dans ses symptômes et son expression émotive. Nous n'avons malheureusement pas pu en recueillir l'observation détaillée.

La dissociation expressive transversale.

Plus curieuses, car plus paradoxales, sont les expressions émotives dissociées dans le sens transversal.

On en constate quelquefois dans la physiologie volontaire du visage. Tel est le cas d'une mère grondant son enfant pour une faute légère dont elle s'amuse, mais que les bonnes manières condamnent.

Son visage subira, du fait de la concomitance des deux sentiments contradictoires chez un sujet normal, une dissociation transversale, les sourcils froncés et les yeux traduisant un regard vengeur et courroucé, tandis que la bouche, au contraire, relèvera légèrement ses extrémités en une expression rieuse.

Ces dissociations expressives voulues mises à part, les dissociations transversales malades de l'expression n'appartiennent qu'au domaine des formes atypiques de la neuro-pathologie.

On les rencontre soit à certains stades de maladies en évolution, soit dans des formes particulières d'affections diverses.

Parmi les premières, une des plus typiques de ces dissociations est donnée par la paralysie labio-glossolaryngée. Durant tout le cours de cette maladie, il existera un contraste entre les deux moitiés, supérieure et inférieure, du visage.

La paralysie se manifestera progressivement au niveau des lèvres, prenant d'abord le triangulaire, puis s'étendant à toute la musculature, interdisant tout mouvement et laissant la bouche ouverte. Les sillons nasogéniaux se marquent davantage, et la moitié inférieure du visage revêt l'aspect bien connu du faciès pleurard.

Si l'on couvre alors la partie inférieure de la face, on aura sur la moitié haute du visage, une expression totalement différente. Le regard est vif, les yeux sont très mobiles, et cette partie de la physionomie offre un aspect de vie.

La maladie progressant, la région buccale devient immobile et exagère son expression d'hébétude, la bouche reste grande ouverte, la salive s'écoule, cependant que le regard continue à assurer à la partie supérieure la conservation de son expression normale et de sa mobilité.

Ce contraste s'exagère dans le rire. La bouche pend lamentablement et le malade la doit refermer avec ses mains. Le rire est inextinguible ; et auprès de ce rire buccal éviscéré, le rire des yeux et du front est celui d'un individu normal. L'éclat du regard continue à prouver l'intégrité de l'intelligence et rend la vue d'un tel visage dysharmonique particulièrement pénible.

Trousseau a comparé ce faciès atone dans sa moitié inférieure à l'un de ces masques de la comédie antique, que mettaient les interprètes des pièces de PLAUTE, pour se recouvrir la partie basse de leur visage en laissant à découvert leur front et leurs yeux, dont le libre jeu constituait toute la mimique.

On a pu observer également de ces dislocations mimiques transverses dans certaines encéphalites interstitielles diffuses, dans l'épilepsie, dans la paralysie

générale. Nous n'envisagerons pas les dissociations rencontrées au cours de démences précoces ou séniles, qui n'entrent pas dans le cadre des maladies nerveuses que nous examinons.

Chez un paralytique général, TURNER distingue une double expression très différente. Les commissures labiales sont relevées et écartées, en un sourire qui donnera au visage un aspect riant, à condition de recouvrir la partie supérieure, à laquelle la contraction des occipito-frontaux et des sourciliers imprime une expression hargneuse.

Nous rappellerons l'observation de notre malade, Mlle M... (obs. n° 2) qui présentait un Parkinson, et chez laquelle on pouvait constater durant un moment, lors d'un sourire, une véritable dissociation transversale de l'expression faciale, les yeux gardant un peu de la mobilité que les muscles contracturés avaient perdue, et revenant ainsi plus vite à la mimique de tristesse habituelle de cette malade, tandis que la bouche gardait les traits relevés et souriants.

Quelques auteurs ont d'ailleurs également fait ressortir une certaine différence d'expression chez le parkinsonien entre son visage inférieur, où les rides ont disparu, ce qui donne une allure d'impassibilité, et la partie frontale, où le jeu des rides subsiste et contribue à varier l'expression.

Les expressions intriquées.

Il existe enfin des expressions intriquées, dans lesquelles il est impossible de reconnaître une émotion définie. On constate parfois sur le visage le duel de deux émotions plus ou moins contradictoires et plus souvent, on assiste à un combat anarchique d'expres-

sions indéfinies rappelant un peu le faciès de nos athétosiques ou de nos tiqueurs.

Chez l'individu normal, le mélange d'expressions différentes se peut rencontrer.

Le jeu musculaire, parfois, crée ces rencontres, tels chez les sujets dont parle DUMAS, qui sous l'empire d'une souffrance atroce mêlaient en un rictus indéfinissable une expression de douleur et un paradoxal sourire.

La joie intense entraîne parfois l'apparition des larmes, d'où l'expression rire aux larmes, qui souvent est difficile à distinguer, par les sanglots qu'elle entraîne, d'une douleur véritable. Ce rire forcené peut d'ailleurs être pénible et les larmes traduisent alors secondairement une réaction douloureuse, ce qui fait la complexité de cette expression intriquée.

Une réaction également bien connue est celle que l'on observe dans certains chagrins intenses où, pour une cause futile, simple épine irritative nerveuse, au milieu de larmes, un éclat de rire fuse, rendant complexe l'expression mimique.

Ces mélanges d'expressions contradictoires se pourraient résumer dans ces deux vers que disait le bouffon aux filles de Lear :

*« Saisies de joie, elles ont pleuré,
Et moi, j'ai ri dans mon chagrin ».*

C'est encore à ce mélange d'expressions que faisait allusion RABELAIS, dont les titres de médecin savaient s'associer des talents de psychologue, lorsqu'il décrivait, à la naissance de Pantagruel, la joie de Gargantua, qui ne savait s'il devait rire ou pleurer, et qui finalement mélangeait les deux expressions émotives.

Ce sont des phénomènes de cet ordre que nous rencontrons chez les pseudo bulbaires, à cette différence près, que ni l'une ni l'autre des expressions émotives qu'ils intriquent ne répondent à des sentiments véritables.

Mme B... (obs. n° 14) présente, à la suite d'un ictus récent, des crises de rire et de pleurer spasmodiques. « La moindre parole, toute question entraîne une crise de larmes douces et sans sanglot ; puis succède une gaieté folle ».

M. D... (obs. n° 13) terminait sa crise de rire inextinguible par des larmes abondantes qui se mêlaient à son expression de gaieté délirante.

Mme C... (obs. n° 16) interrompt brusquement son rythme triste et pleurard, pour manifester un éclat de rire prolongé qui, mêlé à ses larmes, n'en va pas moins laisser persister la tristesse de ses paroles.

Aucune analyse psychique quant à ses sentiments réels n'est possible, la tristesse seule se manifestant dans ses paroles, alors que son faciès, habituellement triste, mélange indifféremment le rire explosif à des pleurs spasmodiques.

L'idiot intriguera quelquefois sur sa face inexpressive des mimiques émotives différentes, sans corrélatifs affectifs. « Son visage prendra des expressions contradictoires et paradoxales » dit RÉGIS.

Le paralytique général va, là encore, présenter son faciès atone sur lequel un désarroi expressif absolu se pourra rencontrer. « Ce malade, écrit MAGNAN, pleure et rit avec une extrême facilité, presque simultanément. L'on observe alors une mimique dissociée, et son sourire, mêlé de larmes, témoigne de la fugacité de ses sentiments. »

II

L'EXPRESSION DES ÉMOTIONS DANS L'ART

OU LES EXPRESSIONS MORBIDES
VUES PAR LES PEINTRES ET LES SCULPTEURS

Les diverses expressions morbides dont nous venons de constater l'existence dans la pathologie vont se retrouver sous le pinceau ou le burin des artistes.

Il n'y a là rien que de très logique, si l'on estime que ceux-ci ont pour but essentiel de reproduire dans la pérennité de la pierre ou l'éclat des couleurs les observations que leur livre la nature.

Mais où précisément cette étude que nous voulons aborder sans prétention aucune, et en ne soulevant que des considérations hypothétiques, prendra un certain intérêt, c'est en montrant que les artistes, s'ils ont souvent reproduit les visages pathologiques, n'ont que rarement voulu peindre dans le but de décrire un malade ou une maladie.

Nous ne verrons que bien rarement sous une peinture qui représente une affection, le nom de celle-ci inscrite comme appellation du tableau, et l'exemple de VELASQUEZ baptisant *L'idiot* sa toile, reproduisant un tel syndrome sera mille fois moins répandu que celui de tel artiste appelant *Les Gueux*, un tableau sur lequel le personnage

principal est atteint d'une paralysie faciale, dont le peintre rendra l'expression du rictus, en laissant les spectateurs attribuer cette mimique à un sentiment.

Voulant rendre l'expression des sentiments correspondant au thème de leurs travaux, les artistes ont naturellement puisé dans la nature, et très souvent leur regard est tombé sur un cas pathologique dont la mimique représentait précisément l'émotion étudiée.

Que le sujet anormal ait été choisi à dessein par l'auteur, comme typique d'une émotion donnée, ou que, au contraire il ait été pris par erreur, l'artiste constatant l'expression d'une émotion dont le mécanisme causal lui importait peu, le fait reste le même.

« Lorsque l'âme est agitée disait BUFFON, la face humaine devient un tableau vivant. » C'est pour reproduire ce tableau vivant que les artistes anciens et modernes, ont puisé les types de leurs peintures dans la mine si riche des malades sans s'inquiéter de savoir si l'âme de ces sujets était vraiment agitée.

La démonstration de ce postulatum exigerait à elle seule une longue étude, et si nous avons cru intéressant de terminer notre examen des expressions morbides de l'émotion par un aperçu de ces expressions dans l'art, ce ne peut malheureusement être qu'un aperçu.

Les différents exemples que nous citerons nous ont été procurés au hasard des lectures sur des sujets se rapportant au nôtre, et aussi au hasard de visite dans des musées. C'est donc dire, d'une part, que nous ne saurions prétendre à apporter une étude complète, et d'autre part, que les cas mentionnés ici sont l'objet de considérations obligatoirement hypothétiques, et partant soumises à un facteur personnel que l'on peut critiquer. Nous mettons bien entendu à part de cet aveu les

exemples que nous avons extraits des ouvrages de MM. CHARCOT et RICHER.

Les peintres et les sculpteurs semblent avoir souvent éprouvé le désir de tracer dans leurs œuvres des sujets dont l'aspect n'était pas absolument normal.

Et c'est ainsi que, même sans recourir à la maladie proprement dite, ils ont souvent eu recours aux formes anormales, bien qu'appartenant à la physiologie non pathologique.

L'exemple le plus illustre qu'on en pourrait citer est celui du célèbre tableau de *la Joconde* au Musée du Louvre.

Tout visiteur, si peu artiste fût-il, à condition qu'il ait un peu le sens de l'observation critique a pu remarquer le visage étrange de cette femme. S'il s'est amusé à séparer alternativement dans le sens vertical et transversal chaque moitié de ce visage, il a pu se rendre compte que l'auteur avait pris pour modèle, un sujet présentant un de ces latéralismes expressifs dont nous avons précédemment traité. *La Joconde* ne sourit que sur une moitié de son visage, et c'est ce sourire unilatéral qui lui donne un aspect curieux.

Ce même latéralisme, que nous pouvons appeler physiologique, se retrouve dans plusieurs autres œuvres.

DÜSSART dans une de ses sculptures, *le Masque Narquois*, représente également un latéralisme expressif, dissociant la physionomie en deux mimiques différentes.

Nous en pouvons rapprocher un tableau représentant une *Consultation de médecins en 1760* dont l'un des personnages situé au bas et à gauche du tableau a un visage divisé en deux expressions, l'une traduisant l'attention à gauche, l'autre à droite exprimant l'ironie.

Les vignettes de GILLOT reproduisent des individus dont le latéralisme facial est typique.

Et nous tenons à rappeler l'exemple bien connu d'une telle dissociation artistique, que l'on trouve à Lyon dans une œuvre de GUILLERMIN : *le Christ de buis*. L'œil gauche est mourant, et son éclat s'éteint, tandis que l'œil droit et l'hémiface correspondante présentent une expression extatique et béate.

C'est par l'observation d'un latéralisme voisin que nous aborderons la pathologie expressive dans l'art : le latéralisme qu'ont traduit certains peintres ou sculpteurs, en s'inspirant d'hémiplégies ou de paralysies faciales manifestes.

ROLLET, dans sa thèse sur l'œuvre de Jacques CALLOT, apporte cette description du tableau, connu sous le nom des *Gueux* :

« Un vieil aveugle... dans l'ombre son visage se profile, empreint de sérénité et ses traits ont cette fixité qui n'appartient qu'aux masques aux paupières closes.

« Son compagnon surgit en pleine lumière. Les ombres crues dessinent la face où se lisent la jalousie et la haine. Le malheureux semble atteint de paralysie faciale gauche. Les traits sont déviés vers la droite en un rictus sournois de la commissure labiale, les rides du front et les plis de la peau sont plus accentués du côté sain. Les yeux, d'une acuité intense, particulièrement du côté malade peuvent faire penser à la paralysie du muscle de HORNER, provoquant l'écoulement des larmes. »

De cette description, nous pouvons déduire que le peintre, voulant choisir pour représenter des gueux, deux sujets présentant l'un la sérénité, et, si l'on peut pousser plus loin l'interprétation, la résignation à son sort, et l'autre au contraire la hargne, la haine, et, par une même extension de l'interprétation, la révolte résultant de son infirmité, a pris pour modèle deux cas exprimant pathologiquement ces sentiments contradictoires.

Nous avons dit ce qu'il convenait de penser des nuances affectives ainsi manifestées sur des masques morbides, mais il n'empêche que sur une toile, plus encore que dans la réalité, de semblables masques sont typiques d'une émotion.

C'est également à une paralysie faciale que CHARCOT et RICHER attribuent l'aspect de souffrance qu'ils ont relevée sur un masque de la collection Campana au Musée Charles X.

Le côté gauche de la face est contracté, l'œil fermé, la commissure entraînée du même côté. La joue gauche est sillonnée de rides, cependant qu'à droite l'œil est ouvert et l'hémiface présente un aspect calme.

Ce masque exprimant la souffrance, a été pris sur nature, par l'auteur, captant dans une déformation pathologique l'expression d'une émotion.

A Strasbourg, dans la Maison de l'Œuvre de Notre-Dame, nous pourrions remarquer un buste, que l'on attribue à Nicolas GERHAERT de Leyde et qui traduit sur son visage l'expression de la douleur.

Un examen un peu plus proche permet de reconnaître un de ces faciès hémiplegiques, chez lesquels nous avons vu se manifester une expression de tristesse douloureuse, comme chez la malade dont nous avons publié l'observation à ce propos.

C'est à un autre de nos malades, l'hémiplegique avec athétose, que nous fait penser un des diabolins sculptés parmi les bas-reliefs de la porte centrale de la cathédrale de Bourges, sur sa façade occidentale, dans l'ensemble représentant : l'*Enfer*.

L'expression que traduisent ses traits est en effet celle que donne la maladie aux sujets atteints d'hémiplégie droite avec athétose.

Parmi les motifs de ce même bas-relief, nous pouvons

relever, comme le firent CHARCOT et RICHER, un autre exemple particulièrement curieux. Il s'agit cette fois encore, d'un diabolin; un de ceux qui mènent les damnés dans l'immense chaudière du « feu éternel ». Son visage est assez typique d'une des maladies dont nous avons montré le masque dissocié au niveau des yeux : la paralysie labio-glosso-laryngée. »

Le visage est atone dans sa partie inférieure, gardant les marques de la vie sur le front et dans le regard, et surtout la langue pend à travers les lèvres. Si nous savons qu'au moyen âge, cette protrusion de la langue était une manifestation d'ironique moquerie, comme le rappelle CHARCOT, nous ne pourrions qu'admirer l'à-propos de l'artiste médiéval qui est allé chercher dans la pathologie un sujet, destiné à être le modèle parfait d'un sentiment qu'il exprimait sans probablement le ressentir.

Le mascaron grotesque du Pont-Neuf au Musée de Cluny, est trop connu pour que nous en donnions une description complète ; il représente une expression pathologique, avec protrusion de la langue, rappelant le précédent.

Sur un autre mascaron grotesque, les auteurs des *Difformes dans l'art*, nous livrent une étude qu'il est intéressant de faire personnellement à l'Eglise Santa-Maria à Venise.

L'artiste a reproduit, avec une finesse frappante de détails, un syndrome fréquent en Neuro-pathologie, l'hémispasme glosso-labié. Ce spasme particulier de la face représente un aspect nettement grotesque par l'expression qu'il imprime au visage. « L'auteur en quête d'un type grotesque, nous semble l'avoir rencontré sur son chemin, vu de ses yeux, et saisi au passage. »

Dans son tableau, couramment appelé *Le Pied bot* au

Musée du Louvre, RIBÉRA nous dépeint plus que cette difformité locale. C'est un exemple d'idiot que nous trouvons sur sa toile avec une symptomatologie manifeste de séquelle d'hémiplégie infantile, les membres étant contracturés et la face présentant l'aspect inexpressif et stupide de l'ordre de ceux que nous avons décrits chez certains malades, et dont sont également responsables le déficit intellectuel et l'inertie du visage.

Une expression voisine est constatée dans la toile de RAPHAËL représentant *La guérison du boiteux* dans les Actes des apôtres. Le tableau figure les apôtres Pierre et Paul devant la porte du temple, guérissant un boiteux. Certains infirmes qui entourent les deux apôtres offrent une physionomie très particulière, celle du rachitisme, de ce masque qui, déjà sénile chez le jeune rachitique avec son aspect lisse et triste, n'évoluera pratiquement plus au cours du développement de l'individu, et manifestera toujours une tristesse malade et malheureuse.

A la vue de ce tableau on est porté à croire que c'est à dessein que l'artiste a choisi de tels modèles, plutôt que tout autre infirme, afin de donner à ses personnages l'expression physionomique de la douleur et de la maladie.

Devant l'expression ainsi obtenue, et si caractéristique pour le tableau, il importait certes peu au peintre que ses sujets ressentissent ou non les sentiments qu'ils exprimaient.

Les exemples de visages inertes et immuables seront fréquents dans la peinture, sans qu'il soit toujours facile de déterminer à laquelle des affections, abolissant la mimique, on les peut exactement rattacher.

CHARCOT nous rapporte le cas du tableau d'ANDRÉA DE FLORENCE, à Florence, représentant des malades sollicitant de saint Dominique le don de la santé.

« Au milieu on voit une jeune fille étendue à terre, le haut du corps soutenu par deux femmes, les bras inertes, la tête inclinée, la bouche entr'ouverte, les globes oculaires convulsés en haut, et présentant un certain degré de strabisme, tout le corps étant contracturé. »

Les symptômes peuvent soulever diverses hypothèses de diagnostic, tel que celui de crise comitiale ou de sommeil léthargique, en faveur duquel se prononce CHARCOT.

Quoiqu'il en soit, c'est auprès d'un sujet de la neuropathologie que l'artiste est allé chercher une expression capable de donner à son tableau l'aspect de l'inertie absolue, appelant la résurrection.

A Florence également, nous pouvons observer, à la Chapelle Riocardi dans la fresque *Il Paradiso*, l'ange de COZZOLI dont le sourire contemplatif et figé a bien des points communs avec celui que nous avons décrit sur le visage impassible et extatique de notre première parkinsonienne.

Nous n'établissons d'ailleurs ici qu'un terme de comparaison et de rapprochement, sans tirer de conclusion définitive.

Dans les mêmes conditions, nous citerons le tableau de Guillaume de Montmorency au Louvre, sur lequel nous constatons l'absence totale de contraction au niveau de la face et du cou, avec une expression de sérénité figée et un regard fixe. De cette toile, se dégage l'impression que l'artiste, en voulant donner à son personnage l'attitude de l'impassibilité sereine, avait sous les yeux ou dans l'idée, le masque parkinsonien.

Ce masque pathologique se dégage encore dans un tableau de A. Le Petit, *La Mère trembleuse*, dans la peinture de laquelle l'artiste a souligné si nettement l'atti-

tude soudée et hypertonique, que l'on pense à l'image d'une femme atteinte de parkinsonisme.

Parmi les tableaux reproduisant des expressions morbides d'émotion, nous mentionnerons la toile d'Ingres, *Roger délivrant Angélique*. Le peintre a représenté Angélique avec un goitre considérable et une grosse exophtalmie, les yeux exorbités ayant un éclat intense, qui donnait au visage une expression d'anxiété et d'effroi.

Faut-il ne voir là, qu'une simple coïncidence, le modèle dont disposait Ingres ayant un Basedow, où faut-il, au contraire, y voir une relation voulue par l'artiste et capable de donner au personnage une expression rendant le tableau plus saisissant ? Nous ne pouvons qu'émettre des hypothèses.

Le dernier tableau qui retiendra notre attention sera la toile représentant le jugement dernier et que le musée des Hospices de Beaune doit au pinceau de Roger Van der Haeden.

En examinant avec un verre grossissant les détails multiples et d'une extrême finesse de cette œuvre, nous remarquons dans la partie inférieure et médiane, un ensemble de damnés qui viennent d'être refoulés vers les tourments infernaux. L'un d'eux présente, à un examen de détail, une exophtalmie considérable et il dirige vers le Tribunal qui l'a condamné ses yeux, dont l'exorbitisme exprime une intense colère.

Le caractère très prononcé et vraiment pathologique de cet exorbitisme conduit à penser que, là aussi, l'artiste a rencontré sur sa route un basedowien, dont il a remarqué l'expression de colère due à son exophtalmie, et qu'il a reproduit celle-ci pour illustrer le courroux des réprouvés contre leur juge.

OBSERVATIONS

Auprès d'observations que nous avons relevées personnellement dans le Service de notre Maître M. le Professeur LHERMITTE, nous reproduisons *in finem* le texte, ou l'analyse avec extraits de cas cliniques curieux, particulièrement topiques pour illustrer notre étude.

OBSERVATION N° 1.

Maladie de Parkinson.

M^{me} M... Georgette, 34 ans.

Assise sur le bord de son lit, repliée sur elle-même, les bras collés au tronc, ou couchée en chien de fusil, immobile, la tête et les membres soudés, le regard fixe et perdu au loin, un léger tremblement agitant la partie droite de son corps, la bouche semblant murmurer quelque interminable litanie, M^{me} M..., 34 ans, impose à première vue le diagnostic de maladie de Parkinson.

L'interrogatoire, que rend très difficile une pallilalie extrême, la malade choisissant inconsciemment dans sa courte phrase un mot qu'elle répète interminablement, nous apprend le processus évolutif de sa maladie.

En 1924, après un incident fébrile de quelques jours, elle devient moins active et maladroite dans ses mouvements qui sont de plus en plus lents. Deux ans plus tard un nouvel épisode fébrile déclanche des troubles de la parole devenue

rapide et répétant deux fois la même chose. Peu après apparaissent de la diplopie, des crises de catalepsie et des crises oculogyres.

Après avoir séjourné dans plusieurs hôpitaux, M^{me} M... est admise à Paul-Brousse.

Le syndrome parkinsonien se complète rapidement et nous pouvons actuellement constater chez notre malade une rigidité absolue de tout le corps, un tremblement léger dans l'hémi-corps droit, des crises oculogyres fréquentes, de la bradycinésie, des réflexes ostéo-tendineux vifs, pas de réflexe cutané plantaire, un signe de Souques positif et une pallilalie extrême avec une voix faible et détimbrée. La sensibilité est normale, pas de troubles sphinctériens, les réflexes pupillaires sont normaux, la marche se fait lentement, à petits pas saccadés, la séborrhée est considérable, « l'odeur de soufre assez prononcée ».

Mais plus que tous ces symptômes, ce qui frappe chez cette malade et attire l'attention du simple visiteur, c'est l'expression de la physionomie. Dans l'immobilité pathologique de tout le corps, la face garde un perpétuel sourire. La contraction des muscles péribuccaux et des zygomatiques, relevant les commissures buccales, un faible degré d'exophtalmie donnant au regard un aspect brillant, un larmolement léger et le petit tremblement des lèvres semblant murmurer une prière donnent au visage de notre malade un aspect quasi-extatique de contemplation mystique avec ravissement et prière. Lorsqu'elle parle, et toute conversation est rendue particulièrement malaisée par la pallilalie, l'expression du visage est légèrement différente.

L'impression d'extase s'efface, mais le sourire persiste, donnant au faciès un air de douceur satisfaite et de bonheur tranquille.

Les parents des malades voisines déclarent en passant devant le lit de M^{me} M... « que cette hospitalisée ne doit certes pas souffrir de son état de déchéance physique et qu'elle doit connaître une satisfaction parfaite ».

Les infirmières ne cessent de répéter que cette malade est

très agréable, et il est évident que le sourire qu'elle manifeste fait dire à tout visiteur « la gentille malade ».

L'intelligence est intacte. M^{me} M... est très présente, elle a gardé sa mémoire précise et comprend tout fort bien.

Il était intéressant chez cette parkinsonienne de procéder à un examen psycho-affectif détaillé, et avec la patience et la lenteur qu'exigeaient la pallilalie et la voix difficilement audible, nous nous sommes efforcés de fouiller dans les sentiments que M^{me} M... nous pouvait révéler.

En reconstituant le récit haché qu'elle nous fait, nous pouvons indiquer qu'elle fit à 18 ans un mariage d'inclination, son mari ayant un âge identique. La même année, naissance d'un enfant. Ménage uni.

Cette partie de son existence est contée avec le sourire que nous avons précédemment décrit.

Puis viennent les phases évolutives de sa maladie. Et la malade répond maintenant aux questions que nous lui posons quant à ses relations actuelles avec sa fille et son mari. Hospitalisée depuis 8 ans, elle n'a jamais revu ce dernier. Elle sait qu'il vit avec une autre femme et interdit à son enfant de venir la visiter. Sa mère elle-même ne vient pas la voir, déclarant ne pas avoir le temps.

C'est à ces choses que M^{me} M... pense des heures entières, et lorsque ses traits expriment une extase heureuse, elle agite désespérément dans son esprit lucide, les souvenirs misérables de son bonheur brisé.

— Aimez-vous toujours votre mari, malgré son abandon et sa trahison ? — et la malade de répondre avec son éternel sourire : Je l'aime, je l'aime, je l'aime —..., parole que répète longuement sa pallilalie.

Elle est allée un jour à son ancien foyer, mais sa « remplaçante » l'a mise à la porte. Et en rappelant ce souvenir, des larmes humectent le regard brillant et roulent sur le visage dont les traits restent figés dans un paradoxal sourire.

Aucune amie dans l'hôpital, aucune visite jamais, que le souvenir d'une félicité à laquelle ses 34 ans n'auront jamais

plus droit et la liberté de son intelligence incapable de commander à ses muscles contracturés.

Et cependant, notre interrogatoire terminé, la malade en qui nous venons, presque avec une cruauté qui nous contrit, de remuer de pénibles images, nous regarde passer à un autre lit en nous souriant de son sourire sans âme, tandis qu'une infirmière, en passant, murmure : « La gentille malade, et comme elle supporte gaiement son pauvre sort ! »

OBSERVATION N° 2.

Maladie de Parkinson avec dissociation transitoire de l'expression faciale.

M^{lle} M..., 36 ans.

Un lourd dossier témoigne, depuis 14 ans que M^{lle} M... est hospitalisée à Paul-Brousse, de l'aggravation du syndrome parkinsonien qu'elle présente.

Un incident apparemment banal au cours de l'été 1919 (avec fièvre, diplopie, hyperthermie pendant 8 jours) marque le début de la maladie. Novembre 1921 voit apparaître l'installation du syndrome qui est actuellement complet.

Tremblement plus intense à gauche, salivation, transpiration exagérées, rigidité globale des membres et de la nuque, avec prédominance à gauche, bradycinésie, parole monocorde, rapide, crises oculogyres qui sont devenues pour la malade une terreur telle que, craignant de les déclancher, elle n'ose regarder en l'air ; tous ces signes sont à peine amendés par une dose quotidienne de .30 milligrammes de scopola mine.

Les réflexes cutanés et tendineux sont vifs. Il n'existe pas de signe de Babinski. La démarche est lente, à petits pas pressés, le corps étant replié sur lui-même.

Très présente, M^{lle} M... lit, fait les commissions en ville des malades alitées.

L'affectivité semble normale, elle n'a pas d'amies, dit-elle, seulement des camarades. Même en se distrayant avec ses camarades, elle garde son même air.

Les boutades la dérident un instant, mais le pâle sourire à peine esquissé disparaît lentement, la bouche gardant encore les traits relevés et souriants, alors que déjà la tristesse est réapparue dans le regard. Et l'on a ainsi durant un moment une véritable dissociation transversale de l'expression faciale, les yeux gardant un peu une mobilité que les muscles contracturés ont perdue et revenant ainsi plus vite à la mimique de tristesse qui lui est habituelle, quelle que soit la nature, gaie ou triste, des sentiments qui l'agitent successivement.

OBSERVATION N° 3.

Maladie de Parkinson.

M^{me} Le G..., 46 ans, eut en 1918 un épisode fébrile de 8 jours, avec céphalée, raideur musculaire et cauchemards, qualifié de grippe, et suivi un peu plus tard de diplopie et d'insomnie.

Depuis s'est installé un syndrome parkinsonien post-encéphalitique complet, avec raideur musculaire, immobilité, lenteur de la parole et des mouvements.

Les mouvements automatiques ne se font pas, mais les mouvements volontaires sont possibles, encore que très lents. Dans les changements de position de la tête, les yeux ne bougent pas. Paralyisie oculaire de fonction sans diplopie actuelle.

La marche s'effectue assez facilement avec perte du balancement du corps. Les réflexes tendineux sont vifs aux membres supérieurs et inférieurs; il n'y a pas de signe de Babinski.

On trouve de l'hypertonie aux 4 membres et le phénomène de la roue dentée se produit modérément. Le tremble-

ment est typique avec geste d'émiettement. Le signe du renversement de Souques est positif.

Sialorrhée et séborrhée considérables.

On ne constate pas de somnolence durant la journée.

Le faciès est particulièrement caractéristique. Le regard fixe obstinément un point sans importance et ne s'en déplace que lentement, comme à regret. La figure est immobile, calme, sans clignement des yeux, sans plis ni rides.

Aucune expression ne se manifeste sur ses traits non plus que dans son regard. La conversation est unilatérale, la malade ne répondant que par monosyllabes, dans un souffle. Cependant on constate rapidement qu'elle est très présente, connaissant ce qui l'entoure, s'orientant dans le temps, gardant une mémoire intacte.

L'examen affectif révèle une vie intérieure normale. Cet air distrait, lointain, M^{me} Le G... le reconnaît, et elle déclare penser à sa famille, à son mari, à ses trois enfants. Ceux-ci viennent la voir fréquemment. Elle en est très heureuse, dit-elle, mais à cette pensée, aucune lueur de joie, aucune animation mimique ne se manifeste sur ses traits immuablement inexpressifs.

Il nous a été donné d'assister à une entrevue de cette malade et de son fils le plus jeune (14 ans, aspect de santé parfaite). Aucune joie n'a traduit sa satisfaction qu'elle déclare pourtant très grande, et, si son fils ne la provoquait pas, un lourd silence présiderait à leur entrevue.

Aucune visite, aucune nouvelle ne parvient à produire une réaction sur ses traits, sauf de rares sourires à peine esquissés.

Et cependant ses sentiments affectifs semblent entièrement conservés.

OBSERVATION N° 4.

Maladie de Parkinson avec rire spasmodique.

M. S... Emile, 37 ans.

Souvent une ambulance de la ville de Paris, ramène à l'hospice Paul-Brousse, M. S..., 37 ans, qu'un agent a rencontré courant dans une avenue, les bras collés au corps, la tête inclinée sur le tronc, le corps porté en avant, et qui, avec un petit rire intermittent courait dans les rues comme à la poursuite de son centre de gravité.

M. S... est un hospitalisé de Paul-Brousse où un syndrome parkinsonien l'a fait admettre en 1933.

Un accident fébrile d'allure banale, survenu en 1921, puis un tremblement de la main droite d'abord, de tout le corps progressivement, ont constitué les débuts de sa maladie.

Actuellement, le tremblement est généralisé, le malade est soudé, contracturé, bradycinétique, le faciès est figé, la parole scandée. La démarche est curieuse. Le malade avance à petits pas, accélérant son allure jusqu'à courir sans pouvoir s'arrêter, s'il ne rencontre un obstacle ou un appui, et c'est la cause de ses mésaventures. Les réflexes sont vifs, pas de cutané-plantaire, la sensibilité est normale. On ne note pas de troubles sphinctériens. Aucun trouble oculaire. Le tremblement est généralisé, surtout marqué aux membres supérieurs.

Le faciès contracturé, séborrhéique, figé et atone du malade serait intéressant sans le regard brillant, lucide, intelligent et moteur.

Mais ce qui attire l'attention chez M. S... ce sont des crises intermittentes d'un rire spasmodique, léger, discret, étouffé, ressemblant soit à un rire moqueur, soit à de petites expirations nasales saccadées.

Ce malade est très lucide, il répond intelligemment aux questions qui lui sont posées et la seule gêne que subit l'interrogatoire est due aux troubles de la parole explosive et

saccadée. Sa mémoire est intacte et son affectivité normale.

Son rire survient par légers spasmes à tout propos, au milieu d'une conversation intelligente et suivie. Ainsi un petit rire de cette nature se produit alors qu'il nous raconte que, délaissé par sa famille qui ne répondait pas à ses lettres, il apprit la mort de son frère par la lecture d'un journal.

Tombé malade à 25 ans, il avait une amie qu'il a depuis entr'aperçue une fois et qui s'est mariée par la suite ; un rire étouffé ponctue ce rappel.

— Lorsque vous êtes seul et que ces crises de rire surviennent êtes-vous gai ? — à quoi pensez-vous ?

— Je ne pense alors à rien, et ne suis pas gai lorsque je ris.

Il ajoute qu'au contraire, il est triste d'avoir ces rires involontaires, survenant sans cause.

Ce rire étouffé et moqueur est à l'origine des ennuis qu'il a périodiquement avec la police parisienne, lorsqu'au bout de sa course il tombe, et que ramassé, interrogé, il répond par un spasme rieur.

Le diagnostic de la maladie de Parkinson, même typique, et des phénomènes spasmodiques qui la peuvent accompagner ne sont pas encore du domaine des connaissances policières.

● OBSERVATION N° 5.

Paralysie générale.

M^{me} S..., 54 ans, est hospitalisée à Paul-Brousse sous l'étiquette de paralysie générale.

Complètement désorientée dans le temps et l'espace, ayant perdu la mémoire des dates de la guerre, ne pouvant prononcer les mots d'épreuve, ni effectuer de calcul, elle a un signe d'Argyll-Robertson, une hypotonie musculaire, un tremblement de la langue, un Wassermann positif dans le sang, et le liquide céphalo-rachidien où l'on trouve de nombreux

lymphocytes. La démarche est légèrement ébrieuse. La sensibilité est bonne. Elle présente des troubles sphinctériens récents.

Son faciès est assez caractéristique, avec une expression indifférente et comme hébétée, ce qui est dû, pour partie, à l'hypotonie musculaire dans le territoire du facial et du moteur oculaire commun, entraînant une chute de la paupière supérieure, et diminuant la fente palpébrale.

L'étude de l'affectivité de cette malade apprend que, si ce n'est pour sa nourriture, elle n'entretient pas de grands penchants. Sa famille se désintéresse d'elle et ne vient pas la voir, mais le chagrin qu'elle en éprouve est tout relatif.

Elle déclare avoir été très bien soignée (aucun soin ne lui ayant été spécialement réservé depuis que, les traitements s'étant révélés infructueux au début de sa maladie, elle est passée dans la catégorie des chroniques). Elle dit avoir maintenant un excellent appétit.

C'est d'ailleurs là le principal de ses soucis, et elle s'estime fort satisfaite de son sort.

Cette béatitude qu'elle étale semble contradictoire avec l'expression d'indifférence et d'hébétude qui se manifeste sur son visage et résiste à toutes les émotions, même désagréables, qui lui peuvent être communiquées.

OBSERVATION N° 6.

Tumeur frontale.

M^{me} C..., 51 ans, fut hospitalisée à Paul-Brousse, venant de la Pitié où le diagnostic de tumeur frontale avait été porté dans le service du Dr Clovis VINCENT; la malade avait refusé toute intervention chirurgicale.

Une céphalée tenace, des troubles sensitifs diffus et des crises comitiales intermittentes, constituent les principaux signes cliniques somatiques de sa maladie.

Elle est totalement désorientée et fait montre d'une tristesse mélancolique. Envahie d'idées noires, s'accusant d'être responsable de son état actuel, elle porte sur son visage les signes de la tristesse qu'elle manifeste dans ses rares paroles.

Les traits du visage tombants, les yeux perdus dans le vague, semblent poursuivre un songe continu.

Elle s'exprime par sous-entendus, faisant des réticences à ses confidences qui, toutes, visent sa détresse : « Je ne peux, déclare-t-elle, ni vivre, ni mourir. » « Les idées m'ont perdue. »

Elle occupe ses loisirs à écrire des lettres de deuil traduisant son triste fatalisme.

Aucune émotion intercurrente ne peut la déridier ou l'arracher à sa méditation prolongée, à laquelle elle retourne entre deux lambeaux de conversation.

OBSERVATION N° 7.

Idiot.

K..., 49 ans, hospitalisé à Paul-Brousse, présente un faciès spécial qui retient immédiatement l'attention.

Nous sommes en effet en présence du visage quasi-bestial, sans mobilité ni expression, d'une maladie classée sous l'étiquette peu flatteuse d'idiotisme.

Le nez élargi, les lèvres épaissies et saillantes, le menton effacé, les sourcils tombants, les yeux gros et exorbités avec un strabisme externe gauche, le crâne volumineux, les pommettes saillantes constituent un masque difforme, dans lequel le regard vide n'apporte aucune lueur de vie.

A part l'étude du faciès, l'examen somatique ne nous apportera pas grands renseignements.

Les mouvements se font normalement aux membres, la marche est lourde, à pas pesants.

Les réflexes tendineux sont d'amplitude normale, les cuta-

nés sont un peu diminués. On ne note ni signe de Babinski, ni signe d'Argyll-Robertson.

La sensibilité est conservée, on ne note pas de troubles trophiques, mais des troubles sphinctériens inconstants.

La réaction de Bordet-Wassermann est positive dans le sang, on ne la rencontre pas dans le liquide céphalo-rachidien.

Par les rares visites qu'il reçoit, on apprend qu'il eut des convulsions dans son enfance.

L'état psychique de cet hospitalisé est spécialement faible. Aucune instruction qu'il eut d'ailleurs été incapable d'assimiler. Un minimum de présence pour ne pas se perdre dans l'hôpital, où il circule d'ailleurs fort peu.

Sa déchéance intellectuelle s'accroissant, il est devenu nécessaire, depuis peu, de l'admettre dans un service de gâteux.

Il était curieux de chercher sur ce visage, où seules transparaissaient les reflets d'une vie véritablement végétative, quelles étaient les expressions des diverses émotions que nous pouvions lui communiquer.

Ce fut d'ailleurs une surprise de découvrir chez lui certaines réactions verbales, témoignant d'un reste d'une lucidité d'esprit que ses traits cachaient.

— Etes-vous fatigué dans ce nouveau service, voulez-vous un fortifiant, voulez-vous des piqûres ? A ce mot, et sans que ses traits varient, M. K... de répondre : — Pas besoin de piqûres, je suis bien assez piqué comme cela.

Un peu plus tard, l'interrogeant sur ses souvenirs affectifs, nous lui demandons ce qu'est devenue sa mère. — « Elle est morte » dit-il et il ajoute « morte et enterrée », ce qu'il répète à plusieurs reprises voyant que cette phrase nous faisait sourire.

Mais, pas plus dans sa réponse spontanée que dans les répétitions voulues qu'il nous fait, aucune expression ne peut être saisie sur son visage dégénéré.

Les questions simples que nous lui posons entraînent des réponses de l'ordre de celles que nous venons de citer. Et il semble que l'embryon de psychisme qui lui est imparti ne

prenne part à la vie extérieure qu'à travers un masque difforme, semblable à ces masques burlesques derrière lesquels au soir de Carnaval les enfants se plaisent à parler et, en rendant leurs sourires invisibles, à dissimuler leurs mimiques expressives.

OBSERVATION N° 8.

Maladie des tics.

M^{me} R..., 76 ans, eut, en 1933, une chute dans la rue avec perte de connaissance, qui motiva son hospitalisation. Aucune paralysie ne se constitua alors, mais depuis cette époque des secousses toniques s'établirent dans tout le domaine du facial à droite et à gauche.

Admise à Paul-Brousse, elle vit ses mouvements de la face à allure de tics s'exagérer, s'étendant même au peaucier. Ceux-ci sont plus ou moins violents selon l'état d'agitation, ou de repos de la malade, persistant à un moindre degré durant le sommeil, surtout au niveau des paupières.

Les réflexes tendineux, cutanés et oculaires sont normaux, ainsi que la sensibilité, la force musculaire, la marche et la coordination des mouvements. On n'a pas de signe de Babinski et l'on ne constate pas de troubles sphinctériens.

L'examen psychique révèle une reconnaissance parfaite des objets, une calculie normale, mais par contre on observe une désorientation totale dans le temps et l'espace. La mémoire des événements autres que ceux de sa vie journalière est abolie.

L'affectivité est normale. La malade est gourmande. Les visites lui sont agréables, mais ses émotions ne sont justiciables d'aucune expression, étant donnée l'intensité des tics.

Toute mimique spontanée ou volontaire se perd dans l'anarchie des mouvements de la face. Les émotions agréables n'engendrent qu'un sourire imperceptible dans la multiplicité des mouvements contradictoires de la face.

L'expression dominante semble être celle de la tristesse, par le jeu des nerfs et des muscles. Les frontaux et les sourciliers creusent des rides au front, les orbiculaires palpébraux ferment les yeux, les zygomatiques contractent les commissures labiales et le peaucier raidit toute la région du cou.

Mais cette expression, pour plus fréquente qu'elle soit, n'en est pas moins précédée et suivie de réactions mimiques différentes, et la malade ne semble pas avoir son affectivité impressionnée par le feu roulant de ses expressions successives.

OBSERVATION N° 9.

Athétose double.

M. M..., 36 ans, fut admis en 1926 à l'Hospice Paul-Brousse pour une athétose double, séquelle d'encéphalopathie infantile.

Au cours de la deuxième année de son existence, des convulsions furent le premier signal d'une maladie qui ne fit qu'achever de s'installer au cours des passages successifs du malade dans les divers hôpitaux et hospices.

L'affection est actuellement caractérisée par des mouvements athétosiques considérables, surtout prononcés au niveau de la face, de la tête et des épaules. Des troubles moteurs l'obligent à se déplacer dans une petite voiture. Une force musculaire très diminuée, des réflexes tendineux et cutanés vifs, des réflexes pupillaires normaux, une sensibilité normale, l'absence de symptômes pyramidaux et des troubles sphinctériens achèvent le tableau clinique.

La manifestation dominante chez ce malade est constituée par l'athétose faciale. Les mouvements du visage sont continuels avec des paroxysmes en rapport avec l'émotion, la conversation, l'effort musculaire et avec sédation nocturne.

Ces secousses spasmodiques affectent le front, les sourcils, la bouche, les joues, les globes oculaires. Et de temps à autre

une secousse plus brutale lui rejette la tête en arrière. Ses réponses sont rendues difficilement audibles par les troubles spasmodiques de la parole. Son psychisme est assez peu évolué par absence d'instruction, mais le malade est présent, a une mémoire intacte et manifeste des sentiments affectueux envers des bienfaiteurs qui s'intéressent à son sort.

Toutes les réponses qu'il fait et les sentiments qu'elles témoignent n'ont aucune corrélation avec l'expression de la physionomie.

La gaieté ou la tristesse, la joie ou le chagrin ne s'expriment que par des grimacements désordonnés, et si, d'aventure, la grimace exprime un sourire, ce n'est que hasard de rencontrer de la contraction simultanée des muscles traducteurs de cette expression. On la constate en effet à l'occasion de n'importe quel sujet, selon le caprice anarchique du jeu des muscles faciaux.

Il ne saurait être question chez ce malade de rechercher en quelle mesure l'expression d'un sentiment peut influencer son état affectif.

Toute expression d'émotion sur son visage n'est que transitoire et au cours de la même conversation, le sourire le plus caractérisé alternera plusieurs fois avec la mimique de la douleur la plus déchirante.

OBSERVATION N° 10.

Athétose double.

M^{lle} Ch..., 35 ans, est entrée à Paul-Brousse à 19 ans, et déjà à cette époque son observation était typiquement celle d'une athétose encéphalopathique de l'enfance.

Née à terme, en léger état d'asphyxie, n'ayant pas eu de convulsions, ayant marché à 17 mois et parlé à un an, l'enfant très intelligente eut en 1914 une perte de connaissance de plusieurs minutes, reproduite à deux reprises par la suite,

la dernière fois pendant 11 heures, et suivie d'une quadriplégie avec aphasie complète.

Admise aux Enfants-Malades, puis à Paul-Brousse, elle présente, depuis, des mouvements athétosiques des 4 membres et de la face avec des réflexes tendineux exagérés, des cutanés abdominaux abolis, un signe de Babinski bilatéral, pas de troubles des réflexes oculaires, des troubles de la coordination, une parole explosive et sourde. Pas de troubles de la sensibilité ni des sphincters. La marche est impossible, la malade se déplace dans une voiture. Les troubles trophiques sont prononcés aux membres inférieurs.

La face présente une asymétrie légèrement appréciable au repos. L'œil droit est plus petit, le sourcil droit est abaissé, la commissure buccale gauche est un peu tirée vers le bas.

Lorsqu'elle parle, elle a des petits mouvements de la bouche et l'hémiface droite paraît plus spasmodique.

Lorsqu'elle rit, la déviation buccale s'accroît. Toutes les manœuvres du facial sont bien exécutées, sauf l'occlusion isolée des yeux.

Son intelligence, très vive dans son enfance, est intacte actuellement, ainsi que sa mémoire. Elle se dit très ambitieuse et, par suite, souffre de son état.

Son émotivité est manifeste lors de la conversation qui exagère les mouvements athétosiques.

Son affectivité ne semble pas atteinte. Elle est très susceptible avec les autres malades et avec les infirmières. Elle manifeste de vifs sentiments affectifs pour sa mère et participe à la gaieté qui se peut manifester dans les conversations de la salle.

Mais, que ce soit par l'observation à son insu, ou à son insu, des mouvements continuels agitent son visage et le rendent incapable de toute expression émotive, faisant d'un sourire une grimace fort peu différenciable, chez elle, de l'autre grimace qu'est un sanglot.

Ces mouvements extraordinaires et désordonnés donnent d'ailleurs naissance à des expressions variées et, la plupart du temps, il ne semble pas qu'il existe des émotions correspon-

dantes à celles que paraît dénoter le jeu de certains groupes musculaires.

OBSERVATION N° 11.

Hémiplégie gauche avec athétose.

M^{lle} P..., 55 ans, eut à 18 mois des convulsions suivies d'une hémiplégie gauche, avec mouvements athétosiques.

Elle présente actuellement une hémiplégie gauche spasmodique dont la contracture a été diminuée par un traitement électrique, mais qui est caractérisée par la flexion du M. S., l'extension du M. I. avec extension spontanée du gros orteil, l'exagération des réflexes, la conservation de la force segmentaire, l'absence de troubles trophiques, sphinctériens, oculaires et une démarche hélicopode.

Les principaux troubles sont constitués par une atteinte de l'appareil cérébelleux, des douleurs subjectives à gauche et surtout par des mouvements athétosiques considérables du même côté.

La face est asymétrique, déviée vers la gauche. De ce côté la commissure labiale est tirée latéralement. La malade ne peut pas froncer les sourcils ni fermer isolément l'œil gauche.

Son intelligence est plutôt au-dessous de la moyenne, ce qui tient à son absence d'instruction (elle ne put aller à l'école) et surtout à son indifférence.

Elle ignore la date, l'année, mais ne s'en soucie aucunement. Son affectivité est fort émoussée. Il lui est agréable de voir sa famille, mais elle ne se soucie pas outre mesure de n'en pas recevoir de visite. Elle se plaît à l'hôpital et ne désire rien d'autre.

Sa figure traduit une euphorie véritable et une satisfaction quasi béate. Son sourire continuel disparaît à peine dans les petits ennuis pour reparaitre aussitôt.

Les mouvements athétosiques sont surtout nets du côté gauche d'où ils irradiant sur le visage entier, mais l'hémi-

face gauche est beaucoup plus secouée de mouvements désordonnés que la droite, ce qui permet à l'expression fixe du sourire d'être conservée.

OBSERVATION N° 12.

Syndrome pseudo-bulbaire.

M. M... Joseph, 76 ans, d'origine italienne, hospitalisé à Paul-Brousse depuis sept mois, présente un syndrome pseudo-bulbaire, manifesté par des crises de pleurer spasmodique considérables.

Le visage est inerte, comme nous le décrirons plus loin. La motricité est diminuée aux membres, la force musculaire étant touchée. La marche est typique, à petits pas, hésitante.

Les réflexes tendineux sont légèrement exagérés, le cutané plantaire se fait en extension bi-latérale, pas de mouvements de syncinésie. Le réflexe pharyngé est conservé, les réflexes oculaires sont normaux.

La sensibilité est diminuée de façon diffuse. Les sphincters ne sont pas touchés.

On note une escarre sacrée de faible étendue.

Le faciès est atone, hébété, sans aucune mobilité expressive, les yeux restant grands ouverts, la mâchoire inférieure tombante, laissant la bouche entr'ouverte, les traits du visage et plus particulièrement les commissures labiales étant tirés vers le bas.

Cet aspect d'hébétude ne peut d'ailleurs pas être contemplé très longtemps, car le malade, à notre approche commence à pleurer, larmes silencieuses d'abord, qui très vite éclatent en un long sanglot qui se renouvelle, se reproduisant sur un rythme accéléré, cependant que le faciès rougit, se violace, que les jugulaires deviennent turgescents et que le corps est agité de secousses périodiques.

Toute parole exagère les pleurs spasmodiques, puis l'accès

se calme lentement, pour reprendre à notre premier mot ou à notre premier geste. L'interrogatoire dans ces conditions est particulièrement difficile. Cependant, en isolant le malade dans un bureau, où aucun facteur étranger à la conversation ne trouble son émotivité, docile au moindre appel, on pourra réunir par bribes l'histoire de sa vie affective, faire le bilan de ses capacités psychiques et étudier ce qui nous intéresse, les relations réciproques entre ses manifestations émotives, et ses sentiments véritables.

La crise de larmes, qu'il avait en pénétrant dans le bureau et qui s'était calmée, reprend brusquement, alors qu'assis dans un fauteuil, il n'a pas encore été interrogé. Lui demander son âge, prononcer le nom de son pays natal en Italie, déclenchent de nouvelles crises.

La voix est détimbrée, nasonnée, monocorde, difficilement compréhensible. Les souvenirs du malade quant à sa vie passée, à sa famille sont précis.

Puis la conversation s'engage :

M. M... raconte qu'il est tombé malade à 71 ans, sans avoir eu de maladies antérieures, que depuis trois ans il présente ces accès de larmes. Hormis la voix au timbre spécial, tout dans ce premier temps est normal dans le psychisme et l'attitude du patient.

Nous abordons alors la partie la plus importante de cette étude psychologique : son comportement en face des questions intéressant son affectivité.

Il parle de sa femme morte voici un an, ce dont il eut beaucoup de chagrin ; il regrette de ne pouvoir aller sur sa tombe. De ses 4 enfants, 3 sont morts et il se rappelle à quel âge. Le survivant habite près de Paris ; et vient le voir assez fréquemment, et ces visites, déclare M. M..., lui sont très agréables.

Durant toute cette conversation, le malade n'a pas eu la moindre crise de larmes et par des hochements ou des secousses de la tête, il suppléait à l'indifférence expressive de son visage. A ce moment, nous lui demandons si lors des visites de son fils, il pleure : à cette question, une crise de larmes se déclanche,

ce qui se reproduira un instant plus tard, lorsque nous lui demanderons s'il se plaît à l'hôpital.

Le calme revenu, nous lui remettons un journal où nous lui demandons de lire certains passages. Il demande à l'infirmière son binocle, l'ajuste, et de sa voix au timbre brisé, commence la lecture.

Nous lui avons choisi des passages susceptibles d'émouvoir la sensibilité : récit de combats meurtriers dans la guerre civile d'Espagne, assassinat au cours d'un drame conjugal, rapt d'enfant. Le malade effectue ces lectures sans manifester de pleurer spasmodique ni verser de larmes.

Ses voisins de lit m'ayant déclaré qu'il pleurait en dormant, nous lui demandons s'il rêve, et il nous assure que non.

Sur une question que nous lui posons, il dit que remuer dans son esprit les souvenirs pénibles de son existence, penser à sa femme, à ses enfants disparus, ne le fait pas pleurer.

« Je pleure dit-il sans cause, pour n'importe quoi. »

« Quand vous pleurez, avez-vous en même temps un sentiment de tristesse ? »

Une crise de larmes se déclanche alors ; après quoi, nous précisons notre question : « Si la crise, comme vous nous le dites, survient sans raison, sans que vous soyez triste au moment où elle se déclanche, du moins en pleurant devenez-vous triste ? vos larmes involontaires entraînent-elles un état de tristesse ? » — « En pleurant je ne suis pas triste, répond notre malade, mais la crise finie, je suis ennuyé de pleurer bêtement comme cela. »

A propos de cette réponse de notre malade, il est intéressant de noter un détail d'observation au cours de ses crises de pleurer spasmodique.

Lorsque nous faisons la visite et passons devant son lit, sur une question de notre part quant à sa santé, le malade éclate en sanglots. Mais dans ses larmes, avec son faciès rouge et sanglotant, sa gorge contractée et incapable d'émettre un son, M. M... fait avec ses bras des gestes de dénégation et si l'on a la patience d'attendre la fin de l'accès, il exprime alors

son impuissance à dominer ses larmes et formule ce qu'il désire obtenir.

Notre interrogatoire terminé, nous lui tapons légèrement sur l'épaule en lui disant : « Ça va bien ! Allez vous reposer un peu maintenant. »

Et à cette phrase bien anodine, le malade déjà levé, commence à pleurer, essaie de prononcer un « au revoir » qui se fond dans un sanglot interminable et lentement se dirige vers la porte, en faisant de ses deux bras, des gestes de dénégation impuissante et résignée.

OBSERVATION N° 13.

Syndrome pseudo-bulbaire chez un hémiplégique.

M. D... Florent, 68 ans.

Il est fréquent de rencontrer dans les couloirs de l'Hospice Paul-Brousse, ou dans les rues avoisinantes, un homme d'une soixantaine d'années, portant la tenue de drap bleu des vieillards qui s'en sont remis à l'assistance départementale du soin de pourvoir à leur existence, et qui, adossé à un mur, ou assis sur un banc, rit d'une façon désordonnée, violente, inextinguible, d'un de ces rires que les Dieux de l'Olympe, grands rieurs, dit-on, n'eussent certes point renié.

Plus d'un passant surpris se retourne et, selon son humeur, hausse les épaules en continuant son chemin, ou plus souvent d'ailleurs, se retourne à nouveau, tandis qu'un sourire communicatif relève ses traits et éclaire son visage.

C'est d'un de nos malades qu'il s'agit, M. D..., 68 ans, un pseudo-bulbaire bien connu dans le service et dont le rire contagieux fait de la salle où il a son lit une des plus gaies de l'Hospice Paul-Brousse.

D'origine italienne, il exerçait en France le métier d'horloger lorsqu'une succession d'étourdissements entraîna en 1930 une hémiplegie droite, dont témoigne actuellement une symptomatologie assez riche.

Le membre supérieur est légèrement contracturé en flexion ; la contracture est plus prononcée au membre inférieur qui est en extension, déterminant une démarche hélicopode.

Les réflexes ostéo-tendineux sont vifs aux quatre membres, avec une exagération plus manifeste à droite, sans clonus ni réflexe contro-latéral. On ne trouve pas de mouvements de syncinésie.

De ce côté le signe de Babinski existe et on rencontre une légère hyposthésie.

Il n'a pas d'autres troubles sphinctériens que ceux déterminés par les crises spasmodiques.

Les membres du côté droit sont légèrement moins gros. La force musculaire est diminuée. Les mouvements oculaires se font correctement. On ne trouve pas de signe d'Argyll-Robertson.

Le voile du palais est atone.

La parole est nasonnée, larmoyante, sans trouble dysarthrique.

C'est par la suite que s'est installé son actuel syndrome pseudo-bulbaire, qui est caractérisé, outre par ses crises de rire spasmodique, par des troubles de la déglutition en mangeant, et parfois en riant, une parole nasonnée, un faciès peu mobile, et une démarche à petits pas, venant compliquer les troubles de la jambe droite qui « fauche ».

Son visage est peu mobile dans ses vellétés expressives. Les traits sont tirés vers le haut, les paupières légèrement tombantes, les pattes d'oie très prononcées à l'angle des yeux.

Pour le prétexte le plus futile, un accès de rire se produit. Ses yeux se plissent alors, sa bouche s'entr'ouvre, un sourire rapide se dessine, auquel succède bien vite un éclat de rire, qui, discret au début, va se faire de plus en plus intense, et de plus en plus rapproché, obligeant le malade à se courber en deux s'il est debout, ou à s'asseoir, le faisant frapper ses mains contre ses cuisses, se tordre littéralement, jusqu'à ce qu'il bave, que des larmes sourdent et coulent sur son visage

et qu'enfin apparaisse sur son pantalon la tache sombre s'élargissant qui va traduire le relâchement des sphincters.

Et cet accès se reproduira de multiples fois dans la journée, avec une telle intensité, dès que le regard du malade croise un autre regard, tombe sur un objet quelconque, ou même sans cause, spontanément.

L'interrogatoire nécessitera un isolement capable d'écarter toute excitation étrangère et une lenteur permettant aux crises de se terminer.

L'examen psychique révèle que le malade est très présent dans le temps et dans l'espace. Il situe l'hôpital, donne la date, rappelle sa profession et semble au courant de la situation politique dans son pays d'origine, l'Italie. Dans ses propos, son affectivité semble normale.

Il raconte son existence dans les grandes lignes : marié à 25 ans en Italie, il vint en France, où sa femme le suivit peu après. Mais après 7 à 8 mois de vie commune, elle le quitta, regagna l'Italie et jamais plus il n'en entendit parler. Comme nous insistions sur ce fait qu'elle ne donna plus signe de vie, il part d'un large éclat de rire, en répétant « plus jamais ».

Il a deux enfants vivants, qui habitent la banlieue et viennent le voir chaque semaine. Il dit qu'il regrette de ne pouvoir vivre avec eux et, en exprimant ce regret, le rire le secoue.

Il ne s'ennuie pas, dit-il, cependant il avoue en riant qu'il ne peut plus lire et le regrette.

Ses parents, qu'il ne revit jamais depuis son émigration, sont morts durant son absence : « Quand ils sont morts, je n'étais pas présent, et cela m'a bien chagriné. » Et sur ces paroles, il se perd en un véritable fou-rire.

Un de ses frères est enterré à Vitry, nous apprend-il dans un éclat de rire. Et comme il nous précise qu'il eut deux sœurs demeurées en Italie, nous lui demandons ce qu'elles sont devenues. « Elles doivent être mortes » s'esclaffe-t-il.

« Avez-vous eu quelquefois envie de retourner là-bas ? d'aller sur la tombe de votre famille ? — Non, répond-il et le reste de sa phrase se perd en un rire sonore. »

Et tout souvenir, gai ou triste, déclanche en lui un rire de cet ordre. Lui parle-t-on de son village natal, Santa Maria, il rit ; d'un camarade avec lequel il sortait souvent et qui est mort récemment, il rit ; du cimetière où certains hospitalisés vont sur la tombe de leurs amis décédés, il rit formidablement, s'écriant : « Je ne suis jamais allé au cimetière. »

Un passage un peu plus délicat de cette conversation consistait à connaître les sentiments qu'il éprouvait alors qu'il riait, au moment où le mécanisme se déclanchait, ou après la fin de la crise.

« Lorsque vous riez, est-ce parce que vous êtes gai ? parce que vous pensez à un souvenir agréable ? — Non je ris sans raison ! » Et comme il rit en faisant cette réponse, nous lui demandons : « Pourquoi riez-vous maintenant ? — Je n'en sais rien, cela m'est égal. »

Il précise qu'après une crise de rire de cet ordre, il n'est ni gai, ni triste. Ses ennuis ne l'empêchent pas de rire et il ajoute : « Je ris tout le temps », joignant d'ailleurs l'exemple à la parole.

Revenu dans la salle et les accès se renouvelant, les malades qui l'entourent participent à la gaieté qu'il exprime.

Et l'infirmière me déclare : « Il me fait rire, même quand je n'en ai pas envie. » Cette réflexion pourrait s'appeler le mot de la fin.

Lorsqu'il rit de son rire décérébré, notre malade en a-t-il plus envie que l'infirmière touchée par la contagiosité ?

Pour les parents des autres hospitalisés, M. D... est un malade extraordinaire ; et plus d'une fois nous avons entendu un visiteur, écoutant avec stupeur ce rire explosif, spasmodique, inextinguible, murmurer : « Si un jour je dois être malade, fasse le ciel que ce soit de cette maladie-là. »

OBSERVATION N° 14.

Hémiplégie droite récente avec troubles pseudo-bulbaires.

M^{me} B... Thérèse, 63 ans, possède un lourd passé pathologique avec des troubles ostéo-articulaires ayant nécessité l'amputation de la jambe droite et des troubles psychosthéniques importants.

Hospitalisée à Paul-Brousse depuis 1929, elle est très valide, circulant beaucoup dans l'établissement et au dehors. Elle manifeste des sentiments religieux un peu névropathiques et touchant au mysticisme. De caractère très difficile, elle exagère le moindre de ses troubles et fait un drame du plus petit incident.

Son psychisme (mis à part les caractères précédents) est normal. Elle est très présente, de conversation plutôt cultivée, recherchant ses phrases et d'une tenue nettement supérieure à l'intellect moyen des hospitalisés chroniques.

En avril 1936, à la suite d'un ictus avec ascension thermique, elle se trouve paralysée du côté droit. L'hémiplégie ne se peut constater qu'au membre supérieur et à la face, le membre inférieur, comme nous l'avons indiqué précédemment, ayant été amputé.

Une aphasie complète à type Broca accompagne les troubles hémiplégiques. Tous ces phénomènes s'observent quelques jours, puis la parole revient, avec une aphasie cependant encore manifeste, et la motricité réapparaît lentement au bras droit.

Les mouvements volontaires du membre supérieur ne vont pas plus loin que l'élévation globale du bras, sans extension de l'avant-bras ni action des doigts.

La paralysie faciale a rétrocedé, ne laissant qu'une légère déviation de la bouche du côté malade.

Les réflexes tendineux sont vifs, mais sans clonus, les cuta-

nés ne s'observent que difficilement, du côté sain, on ne rencontre pas de signe de Babinski. Les réflexes oculaires sont normaux. Il n'y a pas de troubles de la sensibilité ni des sphincters.

A ce moment M^{me} B... présente une émotivité anormale. La moindre parole, toute question entraîne une crise de larmes douces et sans sanglots.

Puis succède une gaieté à laquelle cette malade nous avait bien peu accoutumés.

Son faciès manifeste une joie continuelle, tandis que de fréquents accès de rire se produisent. L'infirmière nous déclare qu'elle est devenue gaie comme un pinson.

Son aphasie encore manifeste détermine un commerce impossible avec son entourage, elle s'énervé sur les mots, qu'elle mélange d'ailleurs sans aucun sens et ne peut prononcer entièrement, et malgré cela, cette malade de caractère rébarbatif et coléreux, au sourire d'ordinaire bien rare, témoigne sans cesse une gaieté extrême.

Ce n'est d'ailleurs là, qu'un stade évolutif de son affection, car bientôt s'y ajoutent des crises de pleurer spasmodique, tantôt larmes calmes et résignées, tantôt au contraire sanglots spasmodiques sur un fond permanent d'émotivité.

Nous regrettons vivement que les troubles de son langage ne nous aient pas permis de contrôler dans quelle mesure cette émotivité rieuse, puis pleurarde, était en corrélation avec ses sentiments intimes.

Mais il est intéressant de noter, en présence d'un psychisme entièrement conservé, cette véritable transformation, du moins sur le plan de l'expression, de notre malade, qui, d'acariâtre et désagréable, devint successivement gaie et rieuse, puis émotive et de larme facile.

Les affections pseudo-bulbaires constitueront-elles un jour le remède, l'émollient curatif des caractères de commerce difficile ?

C'est ce que nous apprendra peut-être plus tard, la suite de l'évolution de notre malade, lorsque la parole revenue, nous pourrons confronter utilement le caractère que son

expression faciale traduit et celui que son incompréhensible langage nous dissimule actuellement.

OBSERVATION N° 15.

Pleurer spasmodique chez une gâteuse.

M^{me} B... Marie, 72 ans, est hospitalisée pour une impotence fonctionnelle des membres inférieurs due à une ancienne fracture du col du fémur gauche. Ce n'est que par la suite que se confirma sa tendance à un pleurer spasmodique devenu maintenant typique.

Son faciès exprime la tristesse, avec les commissures labiales abaissées, les yeux plissés, les rides du front marquées, la bouche s'entr'ouvrant en un spasme douloureux.

L'examen de la motricité volontaire confirme l'impotence des membres inférieurs atrophiés, et la mobilité normale aux membres supérieurs. Aucune mobilité automatique. Les réflexes sont normaux, on n'observe pas de signe de Babinski, ni de trouble des réflexes oculaires. La sensibilité est normale. Les troubles sphinctériens considérables ont fait admettre cette malade dans une salle de « gâteuses ». La parole est détimbrée, pleurarde.

Entièrement désorientée, présentant de la « jargonaphasie », sans réactions devant les ordres écrits qui lui sont présentés, elle ne sait que répondre de façon décousue, intercalant sans cesse « je ne peux pas » entre ses lambeaux de phrases.

Les crises de pleurs sont pratiquement subintrantes, la malade n'arrêtant pas de pleurer à la moindre excitation. L'interrogatoire est rendu impossible par l'union du déficit psychique et des crises de larmes continuelles. Les paroles et les sentiments tristes qu'on lui confie déclenchent des pleurs. Mais les phrases d'encouragement et de gaieté, les boutades elles-mêmes n'ont d'autre réponse que des sanglots.

Une de ses voisines, en passant pour se rendre au jardin, secoue son lit, et lui propose de venir avec elle ; des larmes sont la réponse.

Une autre malade lui adresse diverses plaisanteries joyales et la réponse est semblable.

— Pourquoi pleurez-vous ? — Etes-vous triste ? êtes-vous heureuse ? — Voulez-vous manger ? Et chacune de ces phrases interrogatives entraîne une crise de pleurs. La regarder simplement suffit, pour que des larmes abondantes s'écoulent dans des sanglots étouffés, cependant qu'elle s'éponge les yeux, ouvre la bouche pour reprendre respiration, dans ses sanglots, et se passe avec un véritable désespoir les mains sur le front.

Il est certes difficile d'en conclure quelque argument. La défaillance intellectuelle pourrait être utilisée pour arguer que la malade ne comprend pas les questions et qu'un rideau psychique sépare son cerveau des paroles et des faits qui l'entourent, comme un rideau de larmes estompe à ses yeux la perception du monde extérieur.

Il n'empêche que cette malade, apparemment incapable de penser et de donner à ses impressions les coloris des divers sentiments affectifs, manifeste sur son visage une tristesse continuelle que viennent renforcer sans propos ni raison, des crises de sanglots incoercibles.

OBSERVATION N° 16.

Rire et pleurer spasmodiques.

En approchant de M^{me} C..., 66 ans, on est immédiatement frappé par la tristesse éplorée qu'elle manifeste et qui, à notre vue, s'augmente d'une crise de larmes.

Elle raconte elle-même, en sanglotant, son histoire. Sans avoir jamais fait d'ictus, elle a peu à peu perdu sa libre motricité, ce qui amena son hospitalisation.

Elle présente un faciès hébété, traduisant une surprise continuelle avec la bouche entr'ouverte, et un chagrin intense, avec les traits tombants, les pattes d'oie marquées auprès des fentes palpébrales, et les yeux embués de larmes.

Elle marche à petits pas, en hésitant.

Ses réflexes tendineux sont vifs, le cutané plantaire est en flexion bilatérale. Les réflexes oculaires fonctionnent bien.

Pas de troubles pharyngés, ni de la sensibilité, non plus que des sphincters.

Très présente au cours de la conversation, elle dit avoir été mariée. « Malheureusement », ajoute-t-elle, sans vouloir s'expliquer autrement ; elle n'a pas eu d'enfants, et n'a que des neveux qui viennent fréquemment lui rendre visite.

Toutes ces confidences ont été hachées de larmes continues et débitées avec une voix cassée, témoignant d'une tristesse extrême.

— Etes-vous heureuse de recevoir les visites de vos neveux ?

— Oh oui ! répond notre malade dans un sanglot.

Elle nous demande alors de la faire mourir, de lui donner « des pilules pour mourir ».

Et brusquement, elle interrompt son rythme triste et pleurard pour manifester un éclat de rire, prolongé, qui, mêlé à ses larmes, n'en va pas moins laisser persister la tristesse de ses paroles.

Tout le temps que va durer notre « entretien », M^{me} C..., sans interrompre sa conversation désespérée et triste, va alterner des crises de larmes, avec des crises de rires.

Aucune analyse psychique quant à ses sentiments réels n'est possible, la tristesse seule se manifestant dans ses paroles, alors que son faciès habituellement triste, mélange indifféremment le rire explosif à des pleurs spasmodiques.

OBSERVATION N° 17.

Sclérose en plaques.

M^{lle} L..., 58 ans, exerça jusqu'en 1916 son métier de couturière. A partir de cette époque elle devint de plus en plus maladroite de ses doigts, en même temps que ses jambes devenaient lourdes à la marche, et ressentait de brusques sursauts musculaires.

Traitée à la Salpêtrière, puis à Paul-Brousse où elle fut hospitalisée en 1921, la malade présente une sclérose en plaques caractéristique.

La quadriplégie spasmodique totale de la malade oblige à l'alimenter et à exécuter pour elle, tous les mouvements, même les plus simples. Aucun mouvement spontané volontaire n'est possible.

Les réflexes tendineux sont augmentés. Le signe de Babinski est bilatéral. Les troubles oculaires consistent en un nystagmus prononcé et un rétrécissement du champ visuel. Il n'y a pas de signe d'Argyll-Robertson.

La sensibilité n'est pas atteinte. Les sphincters sont épargnés, une escarre fessière apparue récemment est en voie de régression.

La parole est lente et saccadée.

L'intelligence et la mémoire sont intactes. La malade parle et raisonne très bien.

Son visage est émacié, symétrique, le nez est effilé. Les traits sont abaissés. La bouche entr'ouverte. L'ensemble exprime la surprise, l'étonnement. Le regard ajoute à cette impression par son incertitude, son reflet flou.

Cette malade a une émotivité légèrement exagérée, les lectures la faisant fréquemment pleurer, mais sans accès de larmes. Son affectivité, malgré son masque atone, semble normale et elle paraît ressentir les diverses émotions.

OBSERVATION N^o 18.*Hémiplégie.*

« Mi-figue, mi-raisin », tel pourrait être qualifié le visage de M^{me} N..., 69 ans. Selon qu'on le regarde en effet, d'un côté ou de l'autre, deux expressions diamétralement opposées se juxtaposent.

Cet état de chose est survenu il y a 6 ans, à la suite d'un ictus qui détermina une hémiplégie droite avec aphasie. La parole est actuellement revenue, mais elle est saccadée, dysarthrique.

La motricité ne s'est restaurée ni aux membres, ni à la face. Et cette paralysie faciale droite persistante a entraîné des troubles considérables de l'expression spontanée et mimique.

Au repos, les commissures labiales sont déportées à droite, ainsi que le nez, cependant que l'œil gauche est plus ouvert, et qu'on observe un larmoiement. Le côté droit dans son ensemble revêt une expression de tristesse profonde.

Les membres sont contracturés, en flexion aux membres supérieurs et en extension aux membres inférieurs.

La marche est devenue impossible et la malade est confinée au lit.

Les réflexes sont très vifs à droite, on observe du clonus du pied. Ils sont également un peu exagérés à gauche. Les réflexes cutanés sont difficilement perceptibles, à l'exception du cutané-plantair qui se fait en extension à droite.

On n'observe pas de mouvements syncinétiques. Une légère hypoesthésie est remarquée à droite. Aucun trouble sphinctérien, pas d'escarre. L'intelligence, la mémoire, l'affectivité sont parfaitement intactes.

Si l'on fait parler la malade, on peut alors constater que le côté gauche participe au langage, tandis que le côté droit reste atone et garde sans changement son air mélancolique.

En évoquant devant M^{me} N... les sujets susceptibles de lui attirer des sentiments tristes, on s'aperçoit que le côté

gauche adopte une expression de tristesse, alors qu'à droite l'aspect mélancolique devient moins manifeste que précédemment.

Si nous lui demandons de prendre un air chagrin, cette mimique produit le même résultat en l'accentuant.

La phase la plus curieuse de notre examen consiste en la recherche de l'expression, ou plutôt des expressions faciales, en présence d'émotions agréables.

Quelques consolations sur son sort, une promesse d'amélioration et des boutades de l'infirmière, dérident la malade de façon spontanée, comme dans un instant un sourire mimique sera figuré à notre demande.

Dans les deux cas, nous pouvons constater sur le visage un mélange curieux d'expression vivante et gaie à gauche, alors que l'hémiface droite reste désespérément triste.

La dissociation du visage nous donne alternativement, selon que l'on voile l'une ou l'autre moitié, au cours de la même conversation gaie entre l'infirmière et la malade, l'expression de la plus franche gaieté à gauche, avec toutes les caractéristiques faciales de cette expression, et, à droite, la traduction d'une infinie tristesse.

L'observation la plus curieuse cependant se fait en regardant le visage de face, avec cette juxtaposition hétéroclite de deux réactions émotives si différentes.

OBSERVATION N° 19.

Une observation de rire incoercible chez un débile mental
par MM. RODIET et COUDERC.

R... René, 27 ans, entre à l'Hôpital Henri-Rousselle le 8 décembre 1930, pour des crises de rire et de pleurer qui surviennent plusieurs fois par jour et le rendent inutilisable à un travail au dehors.

Son histoire se résume ainsi : Pupille de l'Assistance pu-

blique, il n'aurait parlé qu'à l'âge de 7 ans. Placé chez des cultivateurs en Meurthe-et-Moselle, il s'échappe pendant la guerre, et vit ballotté entre les troupes allemandes et françaises.

En 1923, il accomplit normalement ses 18 mois de service militaire, puis reprend son métier de cultivateur.

En 1928, au cours d'une période militaire, il rengage. Quelques mois après, il part pour Nancy en permission. Au cours de cette permission, il contracte une blennorrhagie. Entré à l'hôpital militaire de Nancy, il aurait subi une émotion violente quelques jours après son admission : un infirmier l'aurait soudainement éveillé au milieu de la nuit, en projetant vers lui la lueur d'une lampe électrique, et le malade rattache à cet incident le déclenchement de ses crises. Quoiqu'il en soit, deux jours après, alors qu'il parlait à un voisin de lit, il se sent envahi par une gaieté non motivée et éclate d'un accès de fou rire. Depuis il est continuellement sujet à des crises incoercibles de rire et de pleurer.

Il est réformé n° 2 pour ce motif en novembre 1929 avec le certificat suivant : « D. P. avec indocilité, refus d'aliments, « idées délirantes d'interprétation et de persécution, rires « explosifs sans motifs. » Signé Lieutenant-Colonel Dr FOLLEY.

Le malade, très lucide, explique ce certificat ainsi : « On « m'a examiné rapidement ; j'ai fait des plaintes contre ceux « qui me giflaient à cause de mon rire, j'étais ennuyé d'être « constamment moqué et brimé, et je protestais que je n'étais « pas fou. »

A la suite de ce certificat et de sa réforme, R... est interné à Maréville, le 22 novembre 1929, mais, après quelques jours d'observation, il sort de l'asile d'aliénés, avec le certificat suivant :

« Ne présente aucun trouble mental nécessitant la prolongation de son observation. Il peut quitter l'asile. » Signé : Dr AUBRY.

R..., libéré, se réengage, retourne au service militaire, et est envoyé à l'hospice de Faux où il reste trois mois, en congé

de convalescence, après quoi, de nouveau réformé, il part pour Aix-en-Provence, où il travaille à la culture et passe l'été.

En hiver, il est renvoyé de la ferme où il travaillait, et s'engage comme matelot sur un bateau marchand. Il vient à Paris. Dans le port de Saint-Ouen, il glisse au bord du quai, tombe dans la Seine, et asphyxié pendant quelques instants, est conduit à l'hôpital Saint-Louis, puis de là à la Salpêtrière d'où on l'envoie à l'hôpital Henri-Rousselle. C'est à cette date (décembre 1930) qu'il est présenté à la Société clinique de Médecine mentale.

Sorti de l'hôpital, il cherche du travail, mais à cause de ses explosions de rire, il est renvoyé d'atelier en atelier et il ne trouve pas à se placer. Fatigué de se voir refuser partout du travail, il demande aux agents de le conduire à l'hôpital. Il passe encore de l'hôpital Saint-Denis à la Salpêtrière et de là, pour la troisième fois, à Henri-Rousselle, où le 24 janvier 1931, il est interné d'office avec le certificat suivant : « Arriération intellectuelle... Incapacité à travailler régulièrement » et à se conduire... Etat dépressif légitime ajouté à des « accès de rire incoercible. Après internement à Maréville, « s'est révélé incapable de subvenir à ses besoins, et a été « refusé à Nanterre et dans les hôpitaux où il s'est présenté. « Le seul mode d'assistance d'un tel malade reste l'interne-ment, en l'absence de service libre de chroniques. »

Le malade entre donc à Ville-Evrard le 6 février 1931.

Il se présente calme, lucide, et, dans l'intervalle d'accès de rire incoercible, explosif et communicatif, il explique ces accès de gaieté par un état psychique affectif correspondant. Quand il rit, c'est parce qu'il se sent de bonne humeur, et s'il pleure, avant de rire, c'est parce qu'il sent qu'il ne peut pas s'empêcher de rire, et que, par suite, il se sent malade. D'ailleurs, malgré ses efforts, le rire éclate aussitôt après les larmes et après cette sorte « d'aura » triste et pénible.

A l'examen organique, on ne trouve rien de spécial. Le Bordet-Wassermann dans le sang et le liquide céphalo-rachidien est négatif. La sensibilité est normale ; le Babinski

est négatif, les réflexes sont très vifs et il existe une légère hypertonie, aussi bien aux membres inférieurs qu'aux membres supérieurs.

A l'examen des yeux, les pupilles sont inégales, avec mydriase de la pupille gauche, mais elles sont régulières et réagissent bien à la lumière et à l'accommodation.

Légère parésie des muscles labiaux, avec difficulté d'ouvrir la bouche, de la tordre, de siffler.

Comme stigmates de dégénérescence, on note du prognathisme, des malformations dentaires (dents de Hutchinson) et une démarche spéciale (les genoux pliés), mais sans déformations osseuses.

Au moment de ses crises de rire, le malade perçoit une véritable « aura » qu'il décrit, et qui est toujours la même. Quand il va rire, il éprouve une douleur aiguë à l'épigastre, pendant trois ou quatre secondes, avant que le rire explose, et cette douleur disparaît brusquement quand le rire cesse. S'il essaie de se retenir, ce sont les larmes et les sanglots qui apparaissent, et il ressent une douleur frontale, en barre, très pénible, qui disparaît avec l'explosion de rire, succédant aux larmes.

Le 12 mars 1931, à l'heure du coucher, R... s'excite, accuse ses camarades de vouloir le frapper, s'écrie qu'il ne veut pas se mettre au lit et qu'il a peur. Il ne dort pas de la nuit et le lendemain se présente à la visite, déprimé, inquiet, déclarant qu'il s'ennuie à l'asile, qu'il n'est pas malade et veut sortir.

Le 15 mars 1931, R... est de nouveau gai, euphorique, et demande à travailler. Il est désigné pour une équipe employée à la ferme et, depuis cette date, jouit d'une liberté relative et se déclare satisfait. Il ne demande plus sa sortie.

Toutefois, le problème se pose du maintien dans un asile d'aliénés de ce débile capable de s'améliorer et de vivre en société. En effet, ses crises de rire sont actuellement plus rares. Par le traitement de doses quotidiennes de somnifère et de bromidié, nous avons obtenu que le malade dorme toute la nuit, et ensuite qu'il soit moins sujet aux accès de rire incoercible qui ont provoqué son internement.

Dans tous les cas, le diagnostic au sujet de ce malade est intéressant, car on pouvait penser, lors des premiers examens, à des accès de rire au début d'une démence précoce, ou au cours d'une épilepsie larvée, d'une paralysie générale au début, ou encore à un rire hystérique, ou à une forme de simulation. Toutes ces hypothèses, après observation prolongée, doivent être écartées et il s'agit bien d'accès de rire incoercible chez un débile mental par constitution et par éducation.

Quel sera l'avenir de ce sujet ? Il paraît difficile de le maintenir longtemps interné. D'autre part, s'il n'est pas complètement guéri après un mois encore passé à l'asile, peut-on, sans crainte, le rendre à la liberté ? L'essai de l'existence qu'il a faite en société jusqu'à présent, ne lui a pas réussi. Il ne trouve pas de travail ; on se moque de lui ; on le frappe et il erre d'hôpital en hôpital. Dès lors, une seule solution nous paraît désirable dans son intérêt : le transfert à la Colonie familiale d'Ainay-le-Château (Allier). Là, dans un milieu pay-san, assisté au compte du département de la Seine, il vivra chez des nourriciers, habitués à hospitaliser des aliénés. A cause de son éducation rurale et de ses goûts de cultivateur, il pourra rendre des services à ses nourriciers. En outre, il sera placé sous la surveillance d'un médecin et bénéficiera de toute la liberté possible.

MM. A. RODIET et L. COUDERC, commentent ainsi leur observation :

Le rire peut devenir une infirmité et c'est le cas de notre malade. Bien qu'il ne puisse pas s'empêcher de rire, d'un rire convulsif, communicatif et inextinguible, il est malheureux, et son infirmité lui a valu de nombreuses mésaventures.

OBSERVATION N° 20.

Par P. GUIRAUD et DEROMBIÈS.

Analyse et extrait d'une observation sur : *Lésions des foyers du striatum. Troubles de la mimique. Itérations motrices et hypertonie.*

B... était un homme de 40 ans, de solide structure physique. Il entre en observation le 30 avril 1932, au service de la prophylaxie mentale. Le 5 mai il est interné.

Notre certificat immédiat résume l'état du malade à son entrée dans le service.

« Est atteint d'excitation mentale désordonnée. Inattention, désintérêt du monde extérieur, orientation relativement conservée, succession d'états affectifs : crainte, joie, hostilité, docilité. »

Brusquement il se met à rire silencieusement avec une intense expression mimique, son visage ensuite prend le masque de la frayeur, de la colère, de la joie. Ses expressions sont intenses et rapidement variables. Le corps tout entier participe à cette mimique. On a l'impression que le malade éprouve réellement les états émotionnels qu'il exprime.

Si on essaie dans les moments de calme de lui faire exécuter des ordres, chanter, serrer les mains, s'asseoir, il y a souvent début d'exécution, puis interruption brusque, par apparition d'états émotionnels parasites : réflexes tendineux vifs, ni clonus, ni Babinski, crémastériens normaux, grosse dysarthrie, teint terreux, pas de fièvre. Les jours suivants : agitation désordonnée, extrême, le malade s'alimente bien.

La confusion mentale s'aggrave. Il ne semble reconnaître personne et ne parle plus.

Le 12 mai, apparition de syndromes cataleptiques, conservation des attitudes imposées.

Le 14 mai, apparition d'un état fébrile très grave... Syncinésie à l'occasion de mouvements passifs. Hypertonie accen-

tuée généralisée. Atteinte de certains complexes moteurs automatiques. Déglutition impossible.

La mimique faciale est très active, mais a perdu toute valeur expressive. Les mouvements constituent de véritables grimaces : anarchie de la bouche, rictus, froncement du front, occlusion des yeux, avec accentuation énorme des rides péri-oculaires.

Décès le 31 mai, par délire aigu.

Nous avons eu l'occasion d'observer un certain nombre de délires aigus. Dans tous les cas, les symptômes observés semblaient se rapporter à une atteinte globale de l'encéphale, confusion onirique, agitation extrême, trémulations généralisées, troubles de la déglutition. Dans le cas actuel, au syndrome général s'ajoutent des symptômes spéciaux faisant penser à une atteinte régionale. Nous soulignons l'hypertonie, les itérations motrices avec tendances à la festination, les troubles parasites de la mimique, expressifs au début, véritables grimaces à la fin, la dysarthrie.

Le délire aigu était certainement symptomatique d'une méningo-encéphalite, à évolution rapide révélée par l'hyperalbuminose, la leucocytose, la réaction de Guillain du L. C.-R. La syphilis n'était pas en cause, les réactions spécifiques de Wassermann et Meinicke étant négatives.

Autopsie 24 heures après la mort.

Encéphale : hémisphère gauche ; la tête du noyau caudé fait une saillie anormale dans le ventricule ; à la coupe : foyer de ramollissement occupant la tête du noyau caudé.

Parmi les symptômes, nous avons fait une sélection attribuant les uns au délire aigu, les autres à une lésion inhabituelle, probablement en foyer. Nous signalons spécialement parmi ces derniers, l'hypertonie avec catalepsie, les itérations motrices, les troubles parasites de la mimique, la dysarthrie et peut-être les troubles de la déglutition.

Il est naturel de rattacher ces troubles additionnels à la lésion en foyer que nous avons essayé de localiser de façon précise. Mais les symptômes présentés par le malade ont été variables : au début il parlait assez bien, s'orientait à peu

près, puis il est entré dans la confusion complète et enfin dans le coma. Les troubles de la mimique étaient expressifs au début, à la fin ils ont perdu toute expression. Enfin dans la période terminale de coma, nous n'avons pas fait un examen physique complet, il n'est pas certain que le signe de Babinski, recherché en vain à 3 ou 4 reprises, n'ait pas existé les deux derniers jours.

Il est probable que nous avons affaire à une lésion à action progressive, à mesure que de nouvelles régions étaient détruites, des symptômes déjà constatés pouvaient disparaître et de nouveaux apparaître. L'essentiel de la lésion est évidemment au niveau de la tête du noyau caudé gauche. Son extension en arrière vers le pallidum et la capsule interne a pu survenir à la période terminale de la maladie. Un examen complet, effectué à ce moment-là, aurait peut-être montré des signes d'atteinte pyramidale.

Nos connaissances sur les syndromes consécutifs à la destruction du corps strié chez l'homme, récemment étudiés par LHERMITTE, ne sont pas encore assez précises pour que nous ayons la prétention de répartir exactement les symptômes que nous avons observés suivant les divers organes atteints (noyau caudé, putamen, pallidum). Cependant il nous semble que les mouvements expressifs parasites de la face peuvent être attribués à une lésion irritative du noyau caudé.

Si nous comparons nos constatations avec les données expérimentales et anatomo-cliniques réunies par LHERMITTE, nous y trouvons beaucoup de rapprochement et quelques différences. D'abord, la plupart des phénomènes observés sont provoqués par des lésions bilatérales; notre cas se rapporte à une lésion unilatérale gauche.

Signalons la similitude de notre cas avec les résultats obtenus par PACHON et DELMAS-MARSALET par excitation électrique du noyau caudé chez le chien éveillé. Ces faits nous paraissent mettre en relief le rôle du noyau caudé dans l'expression des états affectifs que traduisent, d'une part l'apparition de mouvements de la mimique et, d'autre part, des modifications respiratoires qu'il est habituel de rencontrer au

cours de ces états. Ceci doit être rapproché des troubles de la mimique constatés dans certains états pathologiques.

En résumé, dans notre observation, nous attribuons à une lésion en foyer développée progressivement en quelques jours et détruisant entièrement la tête du noyau caudé, une partie du putamen, la partie supérieure du pallidum, le bras antérieur de la capsule interne, et le faisceau géniculé, les symptômes suivants :

1^o Mouvements mimiques très expressifs de la face, remplacés ensuite par de véritables grimaces.

2^o Mouvements rythmiques accélérées de la marche avec syncinésie de mastication et de tachypnée arythmique.

3^o Hypertonie généralisée et attitudes cataleptiques.

4^o Troubles de la déglutition et dysarthrie.

OBSERVATION N^o 21.

Analyse de l'observation de M. KÆNIG.

(*Revue Neurologique*, 1911.)

Syndrome de Basedow : Exophtalmie unilatérale gauche.

Malade de 30 ans.

Tachycardie, tremblement.

Caractère modifié.

Troubles psychiques.

Pouls à 130 pulsations à la minute.

Elargissement de la base du cou.

Bouffées de chaleur, surtout à gauche.

Hyperthermie transitoire à gauche.

Exophtalmie assez prononcée de l'œil gauche. Pas de convergence, pas de lésions ophtalmoscopiques.

Œil droit normal.

OBSERVATION N^o 22.

Observation de G. PAUTET. Service du D^r LANNOIS.

Mélancolie. Hémimimie d'origine otique.

M^{lle} B..., 19 ans, mélancolie à la suite de chagrins depuis 2 ans.

Hémimimie. — Lorsque la malade est au repos, nulle trace d'asymétrie, mais dès qu'elle parle on s'aperçoit que les mouvements sont plus accentués à gauche, la bouche s'ouvre davantage et le pli naso-labial est plus marqué à gauche, alors qu'il est à peine visible à droite. Il en est de même dans le sourire. Dans le rire, la différence est moins sensible, mais elle existe. On peut donc affirmer qu'il ne s'agit pas du *sourire triste* comme on serait tenté de le croire chez cette mélancolique.

Examen otoscopique. — Rien à droite.

A gauche, manche saillant, triangle lumineux incomplet, en avant duquel il y a de l'épaississement, en arrière on voit une bride cicatricielle avec enfoncement. Oreille droite : 80 cm.) oreille gauche : 60 cm.

CONCLUSIONS

Il apparaît de cette étude que nous pouvons tirer des conclusions d'ordre physiopathologique et aussi d'ordre philosophique.

I. — Avec le développement de l'être humain normal, les expressions émotives, en même temps que les émotions, enrichissent leur gamme et accroissent leur intensité.

II. — Elles restent dans leurs manifestations physiologiques, sous l'obéissance échelonnée des centres expressifs au complexe organique et au jeu musculo-nerveux du visage.

III. — Les diverses perturbations pathologiques de ce triple relai de commande, se reflètent sur le faciès de l'individu.

IV. — Les expressions émotives, supprimées ou libérées par une lésion nerveuse, déterminent des masques inertes ou agités, mais sans âme, aucun sentiment ne présidant à leur genèse et aucune émotion ne résultant de leur manifestation.

V. — La neuro-pathologie, réunissant dans ses études, les méthodes introspectives et expérimentales, fait échec

à la thèse physiologiste pure de LANGE, William JAMES et de leur école, en montrant que l'expression seule est bien loin d'entraîner chez nos sujets des émotions correspondantes, même lorsque ses manifestations faciales et organiques sont à ce point typiques d'un sentiment donné, que maints artistes s'en sont inspirés comme modèles.

Vu : le Président de la thèse,
CLAUDE.

Vu : le Doyen,
ROUSSY.

Vu et permis d'imprimer :
le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

Parmi les nombreux ouvrages et publications ayant l'émotion pour objet, nous n'avons reproduit ici que les travaux intéressant directement l'expression des émotions, normale ou pathologique, ou se rapportant à l'émotion morbide.

Désirant par ailleurs réunir dans cette liste le maximum de références capables de constituer une nomenclature aussi complète que possible des études sur l'expression émotive, nous citons des auteurs dont le nom ne sera pas toujours relevé dans notre texte. Qu'ils nous en veuillent bien excuser.

A

AESCULAPE. — Collection du Journal de 1923 à 1927.

ALEXANDER. — Significance of emotional attitudes in psychoanalytical situation. *Am. J. Orthopsychiatrie*, 3, 35, 43, janvier 1933. *Internat. J. psychoanalysis*, 14, 183, 192, avril 1933.

ALKAN. — Gemütserrungen als Ursache anatomischer Organveränderungen. *Fortschift. Med.*, 5, 293, 301, 10 avril 1933.

AUDRY (J.). — La folie dans l'art. *Lyon Médical*, 1924, CXXXIV, 631, 632.

B

BALLET (Gilbert). — Traité de pathologie mentale. Doin, 1903.

BARBÉ. — Le rire des aliénés. *Progrès médical*, 1930.

BARD. — American Journal of Physiology, 1928.

- BARUCK. — Les troubles mentaux dans la tumeur cérébrale. Thèse Paris, 1926.
- BECHTEREW. — Die Bedeutung der Schlügel auf gründ von experimentalen und pathologischen daten. Virchows arch, 1887.
- BENON. — Emotion sensibilisatrice. Obsédance et délire. *Le Journal des praticiens*, 6 juillet 1929.
- BENON (R.). — Le facteur émotionnel en général. *Concours médical*, 9 décembre 1929.
- BERILLON. — Le masque humain. La psychologie de la bouche. *Courrier médical*, 18 mai 1930.
- BILLARD et DOBEL (P.). — Essai d'interprétation des expressions du regard. *Bull. de la Soc. d'Anthropol. de Paris*, 1933.
- BOUDRY. — Rires et grimaces normaux et pathologiques. *Esprit médical*, 1935.
- BRIDGES. -- Union médicale du Canada, 1934.
- BRISSAUD. — Leçon sur les maladies nerveuses, 1893-1894.
- BUFFON. — Histoire générale et particulière. Paris, Imprimerie Royale, 1749.
- BUZBY. — The interpretation of facial expression. *American Journal of psychology*, 1924.

C

- CANNON. — Bodily changes in pain, hunger, fear and rage (Appleton New York, 1921).
- CAMPER. — Discours sur le moyen de représenter les diverses passions, 1792.
- CESTAN et LEJEUNE. — Revue neurologique, 1901.
- CHARCOT et RICHER. — Les démoniaques dans l'art.
— Les difformes et les malades dans l'art. 1889.
- CLARK. — Mental and nervous diseases in classic pictorial art. *Med. Pickwick Saranac Lake*, 1916.
- CLAY SHAW. — On athétosis or imbecility with ataxia *Hosp. rép. Lond.*, 1873.
- COLOLLIAN. — L'émotivité (Guérir, août 1932).
- COMBE. — L'émotion, facteur de terrain, sa valeur pathogène et curatives *Bulletin médical*, 1931.

- COMTE. — Des paralysies pseudo-bulbaires. Thèse Paris, 1900.
CUYER. — Mimique. Paris, 1902.

D

- DÉJERINE. — Des paralysies pseudo-bulbaires. *Médecine moderne*, 1899.
DÉJERINE. — Séméiologie des affections du système nerveux, 1914.
DELAIRERRE. — Thèse Paris, 1920.
DELGADO. — Le experiencia penosa respecto del sexo opuest. en la genesis de i delito paßsional. *Revue de criminol. psychiatr. y med leg.*, 21, 89, 111, mars-avril, 1934.
DEROMBIES. — Cf. GUIRAUD et DEROMBIES.
DESCARTES. — Le discours de la méthode.
DEFOSSÉS (P.). — Physionomie. La bouche, *Presse médicale*, 1931.
DOBREFF. — Experimenteller beitrage über affektibe beeinflussung der Gallenausscheidung. *Zeit. chrift f. d. ges. exper. med.*, 87, 178, 188, 1933.
DROMARD. — La mimique chez les aliénés. Alcan, 1909.
DUCHENNE DE BOULOGNE. — Mécanisme de la physionomie humaine, 1862.
DUFOUR. — Société de neurologie, 1902.
DUMAŞ. — Traité de psychologie, 1923-1924.
— La tristesse et la joie, 1900.
— Le sourire.
DUPRÉ. — Psychopathie organique. Traité de pathologie mentale de Gilbert Ballet. Doin, 1903.
— Pathologie de l'imagination et de l'émotivité, 1925.
DUPRÉ et DEVAUX. — Rires et pleurs spasmodiques par ramollissement nucléo-capsulaire antérieur. Syndrome pseudo-bulbaire par désintégration lacunaire bilatérale du putamen. *Revue neurologique*, 1901.
DUPUIS. — Essais sur les mimiques voulues. Thèse Lyon, 1897.

E

- ELO. — Les émotions et leur fondement matériel. *Revue de psychothérapie et de psychologie appliquée*, 1931.
- ESQUIROL. — Maladies mentales. Paris, 1838.

F

- FARABŒUF. — Contribution à l'étude de la physionomie chez les aliénés. Thèse de Paris, 1898.
- FÉDORA. — Annale de psychologie et d'hypnologie, 1892.
- FÉRÉ. — La pathologie des émotions, 1892.
- FICK. — Physiognomy Muscle play in facial expression. *Jahrb. d. Charakterol*, 5, 83, 100, 29.
- FRAPPA. Les expressions de la physionomie humaine.
- FRENCH. — Emotional reaction to external events. *Hygiea*, 1933.

G

- GILBERT-ROBIN. — Quelques types d'émotifs. *Concours médical*, 1935.
- GLEY. — Traité de physiologie.
- GOODENOCH et TINKER. — Relative potency of facial expression and verbal description of stimulus in judgement of emotion. *J. comp. Psychol.*, 12, 365, 370, décembre 1931.
- GOUSSAL. — Troubles de la mimique en psychiatrie. Thèse Toulouse, 1908.
- GRATIOLET. — La physionomie en général et les mouvements d'expression.
- GRILL. — *Faciès hominum*, 1738.
- GUIRAUD et DEROMBES. — Lésions en foyer du striatum. Troubles de la mimique. Itération motrice et hyper-tonique. *Encéphal.*, 1934.

H

- HALLION. — De l'émotion problème physiologique. *Revue neurologique*, 1909.

I

IRONS. — La nature de l'émotion. *Revue philosophique*, 1897.

J

JACCOUD. — Tétanos. *Traité de Pathologie interne*.

JACOBSON. — The pathologic in art. *Critic and guide*, 1909.

JAMES WILLIAM. — Principles of psychology. London Macmillan, 1892.

— La théorie de l'émotion (trad.). Alcan, Paris, 1902.

JANET. — L'automatisme psychologique. Alcan, 1889.

— De l'angoisse à l'extase. Alcan, 1926.

— Analyse des symptômes considérés comme émotionnels. *Revue neurologique*, 1920.

JANKOWSKA. — Contribution à l'étude des modifications biochimiques au cours des émotions. *Encéphal.*, 1931.

K

KANNER. — Judgins emotions from facial expressions. *Psychol. Monog.*, 1931.

KIRSCHOFF. — Der melancholische gesichtsansdruck und Seine Bahn. *Allg. Zeitsch. Psych.*, 1900.

KÆNIG. — Syndrome de Basedow. Exophtalmie unilatérale gauche. *Revue neurologique*, 1911.

L

LAGRANGE. — La physionomie et les altérations qu'elle subit dans les maladies. Paris, 1869.

LAIGNEL-LAVASTINE. — Epilepsie. *Neurologie*. Maloine, 1925.

LANGE. — Les émotions. Trad. G. Dumas. Paris, Alcan, 1895.

LANNOIS. — Troubles psychiques dans un cas de sclérose en plaques. *Revue neurologique*, 1903.

LANNOIS et PAUTET. — De l'asymétrie de la mimique faciale d'origine otique en pathologie nerveuse. *Rev. Méd.*, 1902.

- LAPICQUE. — Essai d'une nouvelle théorie physiologique de l'émotion. *Journal de psychologie*, 1911.
- LAURENT. — Physionomie et mimique chez les aliénés. Thèse Paris, 1906.
- LECOMTE. — Le darwinisme et l'expression des émotions chez l'homme et les animaux, 1881.
- LEVILLAIN. — Les faciès en neuropathologie. *Revue encycl.*, 1893.
- LHERMINIER. — Etude plethysmographique en psycho-physiologie. Thèse Bordeaux, 1897.
- LHERMITTE. — Les fondements biologiques de la psychologie. Paris, 1925.
- Syndrome du striatum et du pallidum Neurologie. Maloine, 1925.
- LOCARD. — Connaître le visage. *La Presse Médicale*, 1934.

M

- MAC KENSIE. — The facial expression of fatigue and violent effort. *Journ. aust. and physiol.*, 1905, 1906.
- MANTEGAZZA. — Fisionomia et mimica. Milano, 1881.
- La physionomie et l'expression des sentiments. Alcan, 1889.
- MEIGE et FEINDEL. — Sur une gravure ancienne où l'on peut reconnaître la neuro-fibromatose. *Travaux de neurol. et chir.* Paris, 1898.
- MERCKLIN (Ludwig). — Le rire sardonique. Saint-Pétersbourg, 1851.
- MIGNARD. — Les états de satisfaction dans la démence et l'idiotie. Thèse Paris, 1909.
- La joie passive. Alcan, 1910.
- MONDAIN. — Types de joie et de béatitude dans la pathologie mentale. Thèse de Paris, 1933.
- Mosso. — La peur. Paris, Alcan.

N

- NEUBERGER. — Physiopathologie de l'émotivité, état actuel de la question. *Biol. méd.*, 1932.

P

- PAPASTRATIGAKIS. — Syndromes émotifs et syndromes extra-pyramidaux. *Grèce médicale*, 1927.
- PARET. — Thèse Lyon, 1892.
- PAUTET. — L'hémimie faciale d'origine otique. Thèse Lyon, 1900.
- PERRY. — Emotions as functional factors in etiology and prognosis of disease (*M. rec.*, 139, 20 June 1934).
- PIERRET. — Leçon clinique, 1887.
- POUGET. — Quelques faciès pathologiques. Thèse Paris, 1921.

R

- RAULIN. — Le rire et les exhilarants. Thèse Paris, 1899.
- REBATEL. — Le rire dans la démence précoce. Lyon, 1908.
- RIBOT. — Psychologie des sentiments. Paris Alcan, 1896.
- Problème de psychologie affective. Paris Alcan, 1910.
- RICHER. — Cf. Charcot et Richet.
- RACH. — Facial expression of sick child. *Wien. Klin. woch.*, 1932.
- RODIER et COUDERC. — Observation de rires incoercibles chez un débile mental. *Annales médico-psy.*, 1931.
- ROGUES DE FURSAC et D'HEUCQUEVILLE (G.). — Contribution à l'étude de la mimique fronto-orbitaire. *Ann. Médic. Psych.*, 1934.
- ROLLET. — La pathologie dans les eaux-fortes de Jacques Callot. Thèse Paris, 1928.

S

- SAUSSURE (R. de). — Apprendre et sentir ou les relations de la vie intellectuelle et de la vie affective. *Revue française de psychanalyse*, 1932.
- SCHMIDT et LAMBERG. — Children's physiognomy as aid in teaching *allg.* *Zeitsch. f. Psychiat.*, 98, 1932.
- SEGLAS. — Séméiologie des affections mentales in *Traité de pathologie mentale*, de Gilbert Bailley. Doin, 1903.

- STEPHANELLI. — Assenza congenita della cistifellea ed ittero ex emotione. *Policlinico sez. chir.*, 41, 1934).
- SULLY. — Le rire. Alcan, 1901.
- SUREAU. — La face humaine en santé et en maladie. Thèse Paris, 1820).

T

- TOULZAC. — Rires et pleurs spasmodiques. Thèse Paris, 1901.
- TOMESCO. — Etudes des modifications pléthysmographiques sous l'influence des états émotifs. Sté médicale des hôpitaux de Bucarest, 1928.

U

- URBAN. — L'expression des émotions. Etude psychologique de Harvard.

V

- VIARD. — Emotions et désirs. *Revue de psychologie et psychothérapie appliquées*, 1934.
- VINCENT. — Recherche morphologique sur les muscles mimiques. Thèse Bordeaux, 1889.

W

- WALDMANN. — Le Christ de bois de buis de Jean Guillermin. Lyon, 1892.
- WEIS. — *Emotional life, its relation to chronic illness*. Hygiea, 1933.
- WHITEHORN. — Emotion as impulsion and instinct as orientation. *Am. J. Psychiatr.*, mai 1932.
- WITTKOWEN, SCHERINGER (W.), et BAY (E.). — Uber affektiv-somatische Veranderungen zu affektiven Beeinflussbarkeit. des Blutodspiegels. *Klinisches Wochenschrift.*, 11, 9 juillet 1932.
- WOODYATT. — Psychic and emotional factors in général diagnosis and treatment. *The journal of the american médical association*, 24 septembre 1927, p. 1013.

Y

YOUREVITCH. — Valeur des mouvements oculaires dans l'émotion esthétique. *C. R. Ac. Sciences*, 1932.

Z

ZALDO SUESCUN (J.). — El firo y la emoción en patología. *Clin. y. lav.* 24 may, 1934.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
AVANT-PROPOS.....	9
INTRODUCTION.....	11

PREMIÈRE PARTIE

L'EXPRESSION NORMALE

Son développement chez l'homme.....	17
Son mécanisme périphérique.....	20
Ses manifestations organiques.....	23
L'histoire de son étude.....	26
Les centres expressifs.....	37
L'expression des émotions.....	43

DEUXIÈME PARTIE

L'EXPRESSION PATHOLOGIQUE

Généralités et tableau des expressions pathologiques des émotions.....	47
1° <i>Description</i>	51
A. <i>Les expressions supprimées</i>	51
a) Par absence de l'expression.....	53
b) Par anarchie de l'expression.....	70
B. <i>Expressions libérées</i>	76
a) Rire et pleurer spasmodiques.....	77
b) Frayeur et confusion spasmodique: pseudo-bul- baire.....	94
c) Colère : Basedow.....	95
C. <i>Expressions anormales</i>	97
a) Hémimimie.....	97
1° Verticale.....	97
2° Transversale.....	104
b) Intrication de mimiques différentes.....	106
2° <i>Les expressions morbides dans l'art</i>	109
OBSERVATIONS.....	119
CONCLUSIONS.....	159
BIBLIOGRAPHIE.....	161

2354. — Imp. de la Fac. de Méd., Jouve et Cie, 15, rue Racine, Paris. — 5-1937
